



Trabajo Fin de Máster

Revisión sistemática sobre la efectividad de las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida a nivel nacional e internacional

Systematic review on effectiveness of suicide prevention strategies and programs both nationally and internationally

Máster Oficial Universitario en Salud Pública

Autora

Alicia Gargallo Bernad

Directores

Dra. Concepción De la Cámara Izquierdo

Dr. Francisco Javier Moliner Lahoz

2017



Universidad
Zaragoza

ÍNDICE

SIGLAS Y ABREVIATURAS	2-3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6-14
1.1 Relevancia	6
1.2 Aspectos conceptuales	6
1.3 Distribución	7
1.4 El suicidio en España	8-9
1.5 Factores de riesgo y protectores de la conducta suicida	9-10
1.6 Escalas de evaluación de la conducta y riesgo suicidas	11-12
1.7 Propuestas actuales de prevención de la conducta suicida	12-14
2. JUSTIFICACIÓN	14-15
3. OBJETIVOS	16
4. METODOLOGÍA	17-21
4.1 Tipo de estudio	17
4.2 Formulación del problema y elaboración de la pregunta de investigación	17-18
4.3 Criterios de inclusión	18
4.4 Criterios de exclusión	18-19
4.5 Identificación de fuentes de información y estrategia de búsqueda	19-20
4.6 Síntesis, evaluación y clasificación de la evidencia científica	20-21
5. RESULTADOS	22-47
5.1 Tablas de evidencia de los estudios seleccionados	28 -47
6. DISCUSION	48-56
6.1 Discusión por objetivos planteados	48-54
6.2 Limitaciones	55
6.3 Líneas futuras de investigación	56
7. CONCLUSIONES	57-58
8. BIBLIOGRAFIA	59-68

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality.
ARSUIC	Atención al Riesgo Suicida.
BHS	Beck Hopelessness Scale.
CSPT	Corporació Sanitària Parc Taulí.
CST	Consorci Sanitari de Terrassa.
C-SSRS	Columbia- Suicide Severity Rating Scale.
EAAD	European Alliance Against Depression.
EUREGENEAS	European Regions Enforcing Actions Against Suicide.
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado.
FDA	Food and Drug Administration.
FLC	Ficha de Lectura Crítica.
GLS	Garret Lee Smith.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
KSPC	Kaoshiung Suicide Prevention Center.
LED	Light Emitting Diode.
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale.
MONSUE	European Multicentre Study on Suicidal Behaviour and Suicide Prevention.
NSSS	National Suicide Surveillance System.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPAC	Outreach, Problem-solving, Adherence, Continuity.
OSPI	Europe Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe.
PICO	Problem, Intervention, Comparison, Outcome.
PII	Programa de Intervención Intensiva.
PREDI-UN	Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the European Union.
ProfScreen	Screening by Professionals.
QPR	Question, Persuade and Refer.

RAP-P	Resourceful Adolescent Parent Program.
RFL	Reasons For Living.
RS	Risk of Suicide.
RSQ	Risk of Suicide Questionnaire.
SBPP	Suicide Prevention Behavior Program.
SEYLE	Saving and Empowering Young Lives in Europe.
SIS	Suicide Intent Scale.
SSI	Scale for Suicide Ideation.
SSIPPA	Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy.
SUPRE	Suicide Prevention.
SUPREME	Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion.
TCC	Terapia Cognitivo Conductual.
TRS	Terapia de Resolución de Problemas.
YAM	Youth Aware of Mental Health.

RESUMEN

Introducción: el suicidio es uno de los mayores problemas de Salud Pública en la actualidad y el incremento de sus tasas a nivel mundial ha puesto en evidencia la necesidad de revisar sus mecanismos de prevención. El objetivo principal del presente trabajo fue revisar los estudios originales publicados sobre la efectividad de las estrategias y programas actuales de prevención de la conducta suicida.

Metodología: mediante la metodología PICO, elaboramos nuestra pregunta de investigación: ¿Qué efectividad han demostrado las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida a nivel nacional e internacional? Se realizó una revisión sistemática de tipo exploratoria en las bases de datos Pubmed, The Cochrane Library y Scopus. Los resultados se presentaron mediante tablas resumen y se analizaron aquéllos más relevantes.

Resultados: se analizaron un total de veinte estudios originales de alta y media evidencia. Las categorías que demostraron ser más efectivas en la prevención de la conducta suicida fueron: técnicas psicoterapéuticas, restricción del acceso a medios de suicidio, instalación de barreras físicas de prevención del suicidio y programas comunitarios que combinaron varias estrategias. Los planes de seguimiento de cada intervención y sus ámbitos de aplicación fueron muy variados y dependieron del tipo de medida preventiva analizada y de la población a la que iban dirigidas.

Discusión: en nuestra revisión discutimos sobre la efectividad de una gran heterogeneidad de medidas preventivas, así como de sus planes de seguimiento y ámbitos de aplicación.

Conclusión: la gran diversidad de estrategias y programas de prevención de la conducta suicida actuales, así como de sus diferentes metodologías y los distintos ámbitos donde se llevan a cabo, limita las conclusiones de nuestra revisión, aunque creemos que arrojam luz sobre algunas características que podrían contribuir a la planificación de métodos eficaces para reducir este grave problema de salud pública.

Palabras clave: conducta suicida, prevención, estrategias, programas, efectividad.

ABSTRACT

Introduction: suicide is one of the biggest public health problems at present and the increase in its rates worldwide has highlighted the need to review its prevention mechanisms. The main objective of this study was to review the original studies published on the effectiveness of current strategies and programs for the prevention of suicidal behavior.

Methodology: using the PICO methodology, we elaborated our research question: How effective have strategies and programs for the prevention of suicidal behavior been shown nationally and internationally? A systematic review of exploratory type was performed in Pubmed, The Cochrane Library and Scopus databases. The results were presented by summary tables and the most relevant ones were analyzed.

Results: a total of twenty original studies of high and medium evidence were analyzed. The categories that proved to be most effective in the prevention of suicidal behavior were: psychotherapeutic techniques, restriction of access to means of suicide, installation of physical barriers to suicide prevention and community programs that combined various strategies. The follow-up plans of each intervention and its areas of application were very varied and depended on the type of preventive measure analyzed and the population to which they were addressed.

Discussion: in our review we discussed the effectiveness of a large heterogeneity of preventive measures, as well as their follow-up plans and areas of application.

Conclusion: the great diversity of current suicide prevention strategies and programs, as well as their different methodologies and the different areas where they are carried out, limits the conclusions of our review, although we believe that we shed a light on some characteristics that could be contribute to planning effective methods to reduce this serious public health problem.

Key words: suicidal behaviour, prevention, strategies, programs, effectiveness.

1.INTRODUCCIÓN

1.1 Relevancia

El suicidio es uno de los mayores problemas en Salud Pública ya que es una de las causas principales de años de vida perdidos por enfermedad y la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes hoy en día¹. A nivel mundial, representa alrededor de un millón de muertes cada año y, en España, constituye la primera causa externa de defunción, entendiendo como causas externas de defunción las debidas a accidentes, caídas, agresiones o suicidios². Además, el suicidio tiene una tendencia ascendente y se estima que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones³.

1.2 Aspectos conceptuales

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas de la historia. Los factores culturales de cada sociedad han influido a lo largo del tiempo en la actitud de los hombres hacia la muerte y, de esta manera, también en sus consideraciones hacia el suicidio, la aceptación de éste, incluso la forma de ser llevado a cabo⁴.

La definición de suicidio, o más ampliamente de conducta suicida, es compleja, y su conceptualización ha variado a lo largo de la historia. Hoy en día sigue siendo un asunto discutido sobre todo en cuanto a la intencionalidad o no del resultado de muerte. Existen aproximaciones al concepto, como el de *Schneidman*, que define suicidio como “el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida, entendiendo éste como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos⁶.

1.3 Distribución

Según los datos estadísticos de la OMS, el suicidio se encuentra entre las primeras diez causas de muerte, situándose de esta forma como uno de los problemas de salud más importantes a los que tenemos que enfrentarnos⁷. Son los países de Europa del Este los que mayores tasas de mortalidad por conductas suicidas presentan en el mundo, mientras que Asia (exceptuando Japón) y América Latina, se encuentran entre los países con las tasas más bajas de defunción debido a esta causa. En cuanto a la situación en África, no se dispone de suficiente información de buena parte de este continente.

Respecto a los datos disponibles a nivel internacional, existen claras diferencias en la mortalidad por conductas suicidas según el género y la edad, produciéndose la mayoría de los suicidios en la población de sexo masculino y aumentando su tasa conforme aumenta la edad⁸. Según los últimos datos presentados por Eurostat en el año 2014, último año a estudio, la incidencia de muertes por suicidio fue 8,17 casos por cada 100.000 habitantes en España. Nuestro país, permanece en los últimos lugares respecto al resto de países del mundo debido a mortalidad por conductas suicidas y, dentro de Europa, sólo supera a Italia, Chipre, Grecia, Turquía y Reino Unido (**Figura 1**).

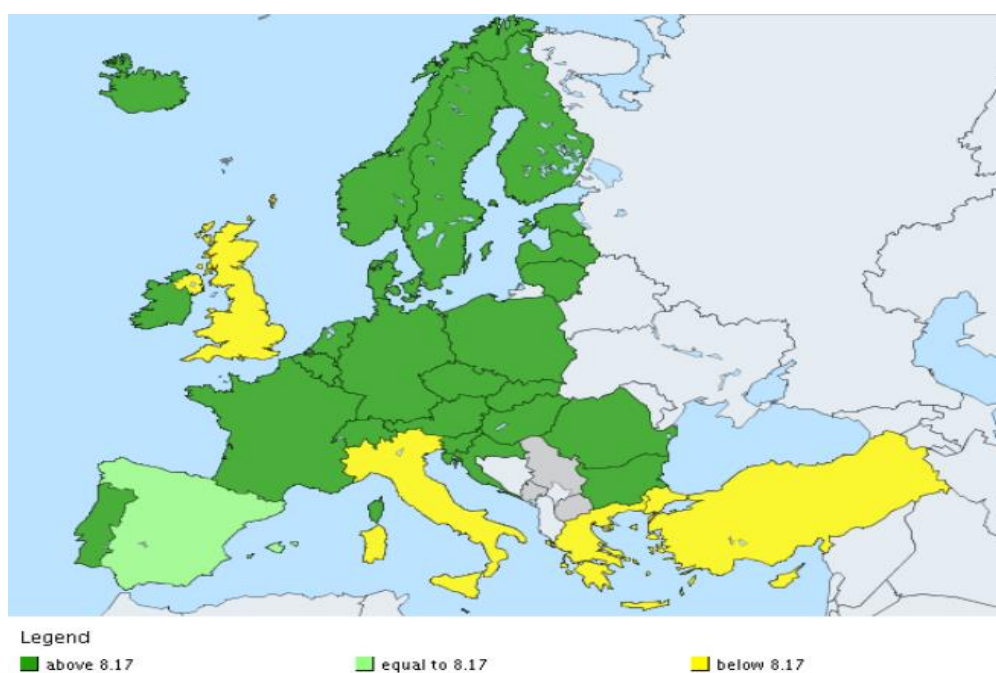


Figura 1. Muertes por suicidio por 100.000 habitantes, año 2014. Fuente: Eurostat.

1.4 El suicidio en España

Los últimos datos oficiales aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sitúan, desde el año 2008 al suicidio, como la primera causa de muerte externa en España, superando con creces a los fallecidos por accidentes de tráfico. Esta situación se mantiene invariable hasta el año 2015, año del que se disponen los últimos datos oficiales, en el que fallecieron 3.602 personas en nuestro país por este motivo (un 7,9% menos que en 2014), de las cuales 922 eran mujeres y 2.680 hombres. Por sexo, el suicidio fue la primera causa de muerte externa en los hombres, con 11,8 fallecidos por cada 100.000 habitantes^{9,10}. Los últimos datos oficiales publicados por el INE informan que, en 2015, el número de muertes por suicidio duplicaron a las muertes por accidentes de tráfico (1880 al año) (**Figura 2**).

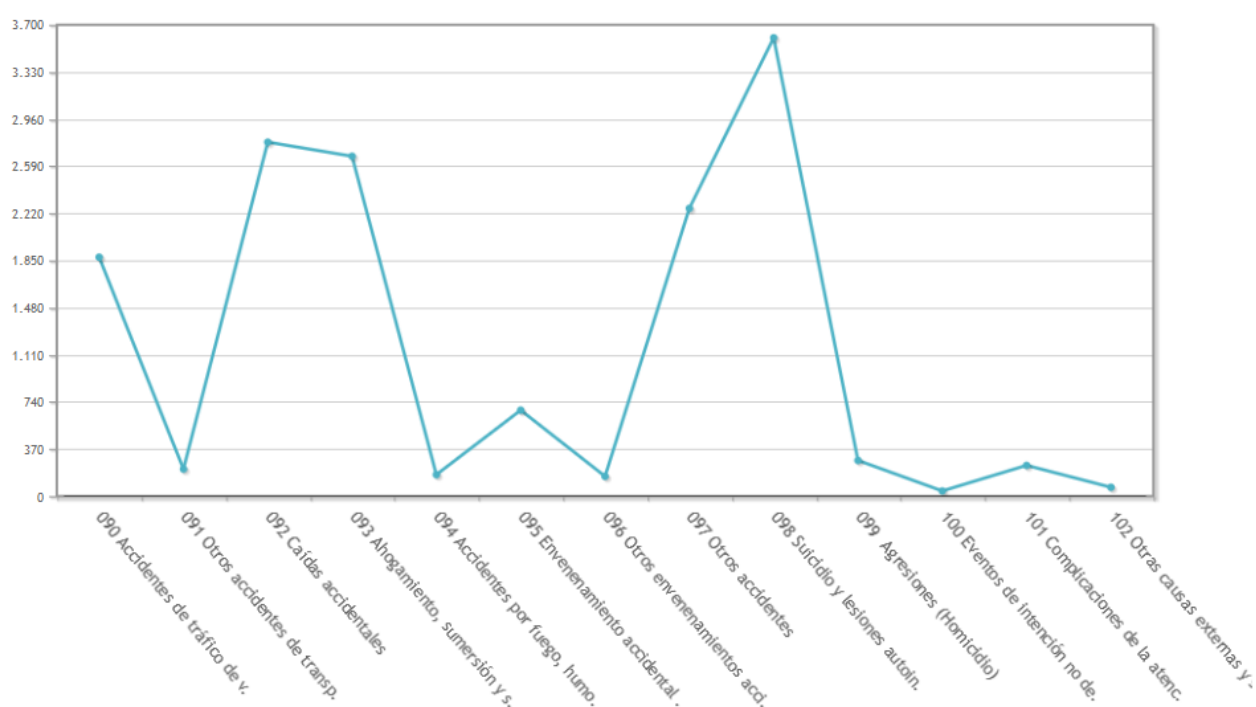


Figura 2. Muertes en España por causas externas, año 2015. Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Por comunidades autónomas, las tasas brutas más elevadas de mortalidad por suicidio en el año 2015 se registraron en Andalucía, seguida de Cataluña, la Comunidad Valenciana y Madrid. Por otro lado, las tasas más bajas por esta causa se registraron en La Rioja, Cantabria y Navarra¹¹.

Existen discrepancias entre los datos publicados por el INE y los Institutos de Medicina Legal que hacen pensar en una clara tendencia a la subnotificación del número de muertes por suicidio en España. Esta situación es preocupante dada la importancia que tiene conocer la magnitud real del suicidio y, en la actualidad, se sabe que el número de muertes identificadas y clasificadas como suicidas son necesariamente menores de las reales por distintos motivos¹². Sin embargo, es importante resaltar que debido a la disponibilidad de una nueva fuente de información judicial como es el Instituto Anatómico Forense de Madrid, a partir del año 2013, se ha ido introduciendo una mejora metodológica en el proceso de esta estadística, permitiendo asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial.

Como consecuencia, defunciones que estaban asignadas a causas mal definidas fueron reasignadas a causas externas específicas. Este hecho se debe tener en cuenta a la hora de realizar comparaciones entre los años a partir de 2013 y años anteriores¹³.

1.5 Factores de riesgo y protectores de la conducta suicida

Los factores de riesgo identificados de la conducta suicida se basan principalmente en estudios de intentos de suicidio. El suicidio es una conducta compleja y multifactorial resultado de la confluencia de un gran número de elementos que se combinan entre sí. Según este planteamiento, existen muchas circunstancias que influyen en el desencadenamiento de la conducta suicida, pudiéndose considerar como campos de actuación básicos en su investigación factores psicológicos, sociológicos y biológicos. A ellos tendríamos que añadir un elemento esencial en la investigación de cualquier evento social o clínico: la epidemiología¹⁴.

Los factores de riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en aquéllos que son clínicamente modificables (como son los trastornos psiquiátricos) y aquéllos que no lo son (como factores hereditarios, sexo o edad). Algunos autores diferencian cinco dominios o esferas de vulnerabilidad:

- **Factores de personalidad:** involucran dimensiones psicopatológicas como la impulsividad, la agresividad y la desesperanza.
- **Trastornos psiquiátricos:** trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de personalidad y por abuso de sustancias.
- **Factores biológicos:** hormonales, enfermedades médicas, dolor, sistemas de neurotransmisión, etc.
- **Factores familiares y genéticos:** la historia familiar de conducta suicida es, junto con los antecedentes personales de conducta suicida, uno de los predictores más potentes de un futuro suicidio consumado.
- **Factores psicosociales:** sexo masculino, edad avanzada, adolescencia, soltero o divorciado, vivir solo, raza blanca, problemas financieros, desempleo, inmigración y crisis económica y social.^{1, 7, 15, 16}.

Es importante también conocer los factores protectores que disminuyen la probabilidad de que surja un trastorno mental. Estos factores se clasifican en:

- **Individuales:** estilos de vida saludables, apropiadas aptitudes sociales, adecuada autoestima, adaptabilidad, nivel de educación alto, existencia de proyecto de vida, sentido de esperanza y optimismo.
- **Familiares:** estabilidad y coherencia del núcleo familiar, estímulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos, reconocimiento de logros, promoción de la amistad, solidaridad, tolerancia e inclusión, evitar la violencia en todas sus manifestaciones e incrementar la resiliencia.
- **Institucionales:** formación de los profesionales involucrados, creación de organizaciones basadas en las necesidades de las personas e instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población^{17, 18, 19}.

1.6 Escalas de evaluación de la conducta y riesgo suicidas

Para la evaluación psicométrica de la conducta y riesgo suicidas, se emplean instrumentos específicos desarrollados a tal fin, u otros más generales que incluyen ítems para su evaluación. La aplicación de escalas en la práctica clínica es muy limitada y aunque suelen estar traducidas al español, muchas de ellas siguen sin estar adaptadas y validadas en la población española hoy en día⁹. Por tanto, el gold standard para predecir el riesgo suicida sigue siendo la intervención de psiquiatría mediante la entrevista clínica^{17, 20}.

Las escalas de evaluación del riesgo y conducta suicida más utilizadas actualmente en la práctica clínica son:

- Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale)²¹: utilizada en Atención Primaria para evaluar la intención y riesgo suicida.
- Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)²²: empleado en el triaje en urgencias.
- Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)²³: utilizada en servicios de Salud Mental para explorar las ideas y riesgo suicida.
- Escala de valoración de la gravedad de la conducta suicida de Columbia (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)²⁴: única escala avalada por la Food and Drug Administration (FDA) norteamericana para la evaluación prospectiva del riesgo de suicidio en los ensayos clínicos.
- Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)²⁵: evalúa la tentativa suicida.
- Entrevista Semi-estructurada para Autopsia Psicológica (Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy, SSIPA)²⁶: sirve de ayuda a la autopsia psicológica para determinar las circunstancias de la muerte.
- Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)²⁷: evalúa la percepción sobre el propio bienestar presente y futuro y las expectativas de satisfacción con la vida.
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)²⁸: evalúa la intención y riesgo suicida.

- Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)²⁹: evalúa la depresión, desesperanza y estrés vital.
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)³⁰: explora el estado depresivo.

1.7 Propuestas actuales de prevención de la conducta suicida

En 1999 la OMS creó un programa específico a nivel mundial: el Programa SUPRE (Suicide Prevention)³¹ con objetivos y acciones muy claras, elaborando la que sería la mayor y mejor serie de documentos operativos para la prevención del suicidio. Además, puso en marcha un estudio de evaluación e intervención, el Estudio de Intervención Multicéntrico sobre Conductas Suicidas (SUPRE-MISS)³². Lamentablemente la realización de este estudio, no pudo demostrar resultados estadísticamente significativos respecto al grupo control³³.

Sin embargo, el mayor hito reciente a nivel mundial en materia de planificación de la prevención de la conducta suicida, ha sido la publicación en 2012 por parte de la OMS del documento *Public Health Action for the Prevention of Suicide: a Framework*³⁴, donde se proporcionan las claves para la elaboración de un plan de prevención ajustado a cada territorio.

Algunas de las iniciativas internacionales con objetivos ambiciosos y de metodología más compleja son: EAAD (European Alliance Against Depression)³⁵, EUREGENEAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide)³⁶, OSPI Europe (Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe)³⁷, PREDI-UN (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU.)³⁸, MONSUE (European Multicentre Study on Suicidal Behaviour and Suicide Prevention)³⁹, SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe)⁴⁰ y SUPREME (Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion)⁴¹.

En España, salvo las excepciones referidas a experiencias concretas en Barcelona⁴², Sabadell⁴³, Ourense⁴⁴ y Valladolid⁴⁵ (en las que por otra parte se han obtenido resultados), no puede decirse que se hayan llevado a cabo

experiencias integrales y globales de prevención de la conducta suicida a nivel autonómico o estatal.

Ante la falta de una estrategia de prevención bien consolidada en nuestro país, algunos autores como *Andoni Anseán*, proponen que estas estrategias alcancen a todos los ámbitos implicados en la prevención del suicidio: sistema sanitario, centros y servicios sociales y educativos, empresas, cuerpos de seguridad, familias, medios de comunicación, etc⁴⁶.

En los últimos años se han elaborado estudios preliminares y de protocolos de estudio de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), antes de iniciar estudios a gran escala, destinados a evaluar los efectos sobre la conducta suicida que tendrían en el caso de llevarse a cabo. Un ejemplo de este tipo de estudio es el realizado por *de Beurs*, en el que se planteó un protocolo de estudio de ECA con el fin de examinar si los pacientes de equipos multidisciplinarios entrenados en la aplicación de una guía holandesa sobre la evaluación y el tratamiento del comportamiento suicida, muestran mayor recuperación de la ideación suicida que los pacientes de los equipos no entrenados.⁴⁷

Otro ejemplo es el de *Simon*, en el que se planteó un protocolo de estudio de ECA con el fin de examinar si dos programas de prevención de suicidio (una intervención de manejo de cuidados y otra de manejo de habilidades) eran capaces reducir el riesgo a largo plazo comparado con el tratamiento habitual⁴⁸.

La comunidad científica y las sociedades profesionales de nuestro país están cada vez más sensibilizadas con este problema, y ello se refleja en un aumento del número de publicaciones sobre suicidio y comportamientos suicidas en revistas de impacto⁴⁹. En relación a ello, encontramos la publicación de recomendaciones preventivas apoyadas por las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica¹ o la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida auspiciada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia¹⁷.

En España, a nivel autonómico se están sentando las bases para la implantación de protocolos en Cataluña (Codi Risc Suïcidi), Navarra (Protocolo de Colaboración Internacional) o la Comunidad de Madrid (Programa de Atención al Riesgo Suicida, ARSUIC), sin embargo, todavía estamos muy lejos de poseer políticas preventivas integrales y generalizadas⁴⁶.

2.JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida se ha transformado en un problema de salud pública a nivel mundial y el incremento de sus tasas ha puesto en evidencia la necesidad de revisar sus mecanismos de prevención. Aun cuando existe conciencia de la importancia de este problema, los criterios para prevenir esta conducta son todavía insuficientes⁴⁹.

Cabe señalar la falta de implantación generalizada de programas preventivos estatales en nuestro país, a pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio mediante la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio^{50,51}. Ello contrasta con la constatación de la utilidad que tienen las intervenciones específicas sobre población de riesgo, haciendo especial hincapié en aquellas personas que han realizado tentativas suicidas previas.

La ausencia de una medida efectiva que reduzca de manera significativa la incidencia de suicidio en nuestro país y las elevadas tasas de mortalidad, especialmente en población adolescente, obligan a revisar las estrategias de prevención más ampliamente estudiadas, con el fin de encontrar una herramienta bien consolidada y de uso generalizado en la prevención del suicidio.

Por todo lo expuesto, la revisión y análisis de los estudios originales publicados sobre la eficacia de programas y estrategias de la prevención del suicidio, objeto del presente Trabajo Fin de Máster, creemos que puede contribuir a mejorar la planificación y puesta en marcha de iniciativas destinadas a conseguir el objetivo del Plan de Acción de Salud Mental de la

OMS, adoptado por la 66^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013, en el que se propone la reducción de las tasas de suicidio en un 10% para 2020⁵².

El presente trabajo, trata de ser un recurso para los responsables de planificación y prevención en salud, así como para todos aquellos profesionales que, de alguna manera, están implicados o pueden estarlo, en el manejo de la conducta suicida, y que en definitiva redundará en beneficio de los propios pacientes y sus allegados.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

Revisar de forma sistemática los estudios originales sobre la efectividad de la aplicación de estrategias y programas de prevención de la conducta suicida.

3.2 Objetivos secundarios

1. Analizar el tipo de intervenciones preventivas que evalúan los distintos estudios.
2. Conocer si las estrategias y/o programas preventivos incluyen planes de seguimiento y cuál es el plazo recomendable.
3. Determinar los ámbitos más frecuentes de aplicación de los programas y estrategias de prevención de la conducta suicida.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Para la elaboración de este Trabajo Fin de Máster se realizó una revisión sistemática de tipo exploratoria, con el fin de sintetizar la evidencia existente de las investigaciones originales sobre la efectividad de las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida a nivel nacional e internacional. En este trabajo se incluyeron diferentes diseños de estudio e intervenciones, por lo que los resultados se presentarán con diferentes medidas de impacto, con el fin de generar nuevas hipótesis y líneas de investigación. Esto es posible mediante la aplicación de criterios de evaluación de la calidad de los estudios encontrados y del grado de evidencia científica.

4.2 Formulación del problema y elaboración de la pregunta de investigación

Para optimizar el rendimiento de la búsqueda de información en las bases de datos, se consideró transformar la pregunta de investigación en una pregunta específica, mediante la utilización de los componentes del sistema establecido por la Medicina Basada en la Evidencia, **PICO**⁵³: Problema (definición del problema o paciente), Intervención que se pretende analizar, intervención de Comparación (si procede), y Resultado. Los términos empleados se muestran en la siguiente tabla (**Tabla 1**):

Tabla 1. Términos utilizados en el sistema PICO.

Problema	Intervención	Comparación	Outcomes/Resultados
“Suicidio”	“Prevención”	“Programas de prevención”	“Efectividad”
“Intento de suicidio”		“Estrategias de prevención”	
“Ideación suicida”			
“Conducta suicida”			

Los términos empleados en el sistema PICO fueron traducidos también al inglés.

La pregunta de investigación quedó formulada de la siguiente manera:
¿Qué efectividad han demostrado las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida a nivel nacional e internacional?

4.3 Criterios de inclusión

- **Población:** estudios originales llevados a cabo en población general de 12 o más años y población adolescente, a nivel nacional e internacional.
- **Intervención:** programas y estrategias preventivas de la conducta suicida a nivel nacional e internacional.
- **Diseño del estudio:** estudios observacionales (caso-control, estudios de cohortes), estudios de intervención (cuasi-experimentales y experimentales como ensayos clínicos).
- **Medidas de resultado:** medidas de impacto acerca de la efectividad de las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida (disminución de la reincidencia de la conducta suicida, disminución de la mortalidad debido a esta causa).
- **Idioma:** inglés, español.
- **Fecha:** estudios publicados entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de septiembre de 2017.

4.4 Criterios de exclusión

- Estudios que no respondían a nuestra pregunta de investigación ni a los objetivos planteados.
- Protocolos de estudio de Ensayos Clínicos Aleatorizados y estudios preliminares que no presentaban datos de efectividad al no estar todavía implantados.
- Estudios llevados a cabo en grupos de población específicos: población con edad menor de 12 años, estudios realizados exclusivamente en población geriátrica, personas con patología física grave y/o trastorno mental grave, personas con drogadicciones, población penitenciaria, u otros grupos

pertenecientes a profesionales de riesgo como personal sanitario, policía, ejército, etc.

4.5 Identificación de fuentes de información y estrategia de búsqueda.

Las bases de datos y buscadores biomédicos consultados fueron, como fuente principal, Pubmed, seguida por The Cochrane Library y Scopus. La búsqueda se realizó entre mayo y septiembre del año 2017, aplicando filtros según nuestros criterios de inclusión.

Los límites establecidos para la recuperación de los artículos fueron restringidos al idioma inglés y español, seleccionando estudios llevados a cabo en humanos y publicados desde el año 2012 al 2017. La razón por la que se eligió este periodo de tiempo, fue coincidir con la publicación en 2012 por parte de la OMS del documento *Public Health Action for the Prevention of Suicide: a Framework*³⁴, un recurso para ayudar a los gobiernos a desarrollar e implementar estrategias para la prevención del suicidio, así como para ayudar a aquéllos que ya han comenzado el proceso de conceptualización de las estrategias nacionales de prevención del suicidio.

La búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos se realizó mediante los términos obtenidos en la estructura PICO, teniendo en cuenta las restricciones mencionadas anteriormente. Se emplearon tanto términos MeSH (Medical Subject Headings identifiers) como palabras clave que se consideraron relevantes, relacionadas con la temática del presente trabajo.

Para la base de datos **Pubmed**, seguimos la estrategia que se muestra a continuación:

(((((suicide[MeSHTerms]) OR attempted suicide[MeSHTerms]) OR suicidal ideation[MeSHTerms]) OR suicidal behaviour)) AND (((prevention) OR prevention program) OR prevention strategies)) AND (((effectiveness, program[MeSHTerms]) OR effectiveness) OR efficacy) Filters: Publication date from 2012/01/01 to 2017/09/30; Humans; English; Spanish.

A continuación, se muestra la búsqueda que se realizó a través de la base de datos **The Cochrane Library**:

(suicide OR suicidal behaviour) AND (prevention OR prevention program OR prevention strategies) AND (effectiveness OR efficacy).

Finalmente, la estrategia de búsqueda utilizada en la base de datos **Scopus** fue la siguiente:

(suicide OR suicidal behaviour) AND (prevention OR prevention program OR prevention strategies) AND (effectiveness OR efficacy).

4.6 Síntesis, evaluación y clasificación de la evidencia científica

Para analizar la calidad y validez de los diferentes diseños de los estudios seleccionados, se utilizó una Plataforma Web llamada Ficha de Lectura Crítica (FLC)⁵⁴. Esta herramienta ha sido desarrollada por Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Está diseñada para apoyar el desarrollo de revisiones sistemáticas de la evidencia científica proporcionando un apoyo a la evaluación de la calidad de los estudios científicos y a la síntesis de la evidencia.

Con la información obtenida en las Fichas de Lectura Crítica, se elaboraron las tablas de evidencia y se estructuraron los puntos más importantes de los trabajos incluidos en nuestra revisión: tipo de estudio, población diana, intervención realizada, resultados principales, conclusiones, limitaciones y clasificación según la calidad de la evidencia.

La calidad de la evidencia científica de los estudios seleccionados se clasificó según los criterios empleados por la *Agency for Healthcare Research*

*and Quality (AHRQ)*⁵⁵. Dichos criterios evalúan y clasifican la calidad de la evidencia científica de las publicaciones, así como la fuerza de sus recomendaciones en diferentes niveles. Este sistema consta de 4 grados de calidad de la evidencia y 4 grados de fuerza de recomendación basados principalmente en el tipo de estudio evaluado, su diseño, metodología y aleatorización del mismo (**Tabla 2**).

Tabla 2. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación AHRQ.

NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
Ia	Meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorios.
Ib	Ensayo clínico controlado y aleatorizado.
IIa	Estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
IIb	Estudio cuasi-experimental, bien diseñado.
III	Estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados (Estudios comparativos, casos y controles).
IV	Documentos y opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
A	Buena: recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib.
B	Media: recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III.
C	Regular: opiniones de expertos. Recoge el nivel de evidencia IV.
X	Mala.

5.RESULTADOS

En la **figura 3** se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda realizada con los principales resultados obtenidos.

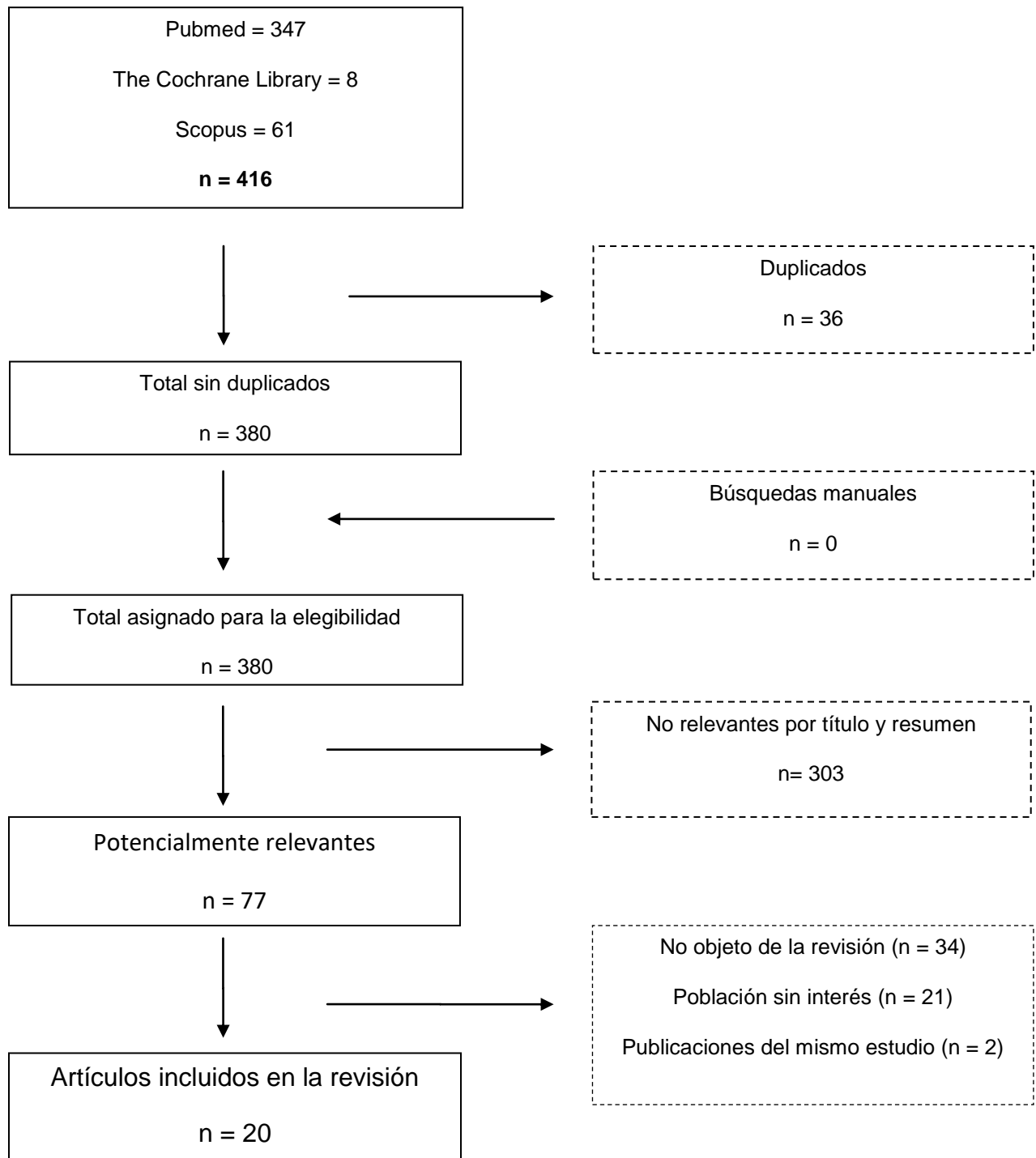


Figura 3. Diagrama de flujo obtenido de PRISMA. Adaptado al castellano por el autor

La búsqueda bibliográfica contó inicialmente con un total de 416 resultados. De ellos, 380 artículos fueron seleccionados como pertinentes tras eliminar aquellos trabajos que se repetían en las distintas bases de datos (duplicados). A continuación, se excluyeron aquellos artículos que no se consideraron relevantes por su contenido en el título y resumen. Con los 77 estudios restantes de potencial interés, se realizó un último filtro aplicando nuestros criterios de inclusión y exclusión y se realizó un análisis exhaustivo de su contenido, que dio lugar a los 20 estudios finalmente incorporados en esta revisión.

De los veinte textos completos que se revisaron, encontramos siete ECA⁵⁶⁻⁶², un ensayo controlado no aleatorizado⁶³, diez análisis cuasi-experimentales⁶⁴⁻⁷³, un estudio de cohortes⁷⁴ y uno de casos y controles⁷⁵. Todos ellos con el mismo objetivo principal: evaluar la efectividad sobre la disminución de la conducta suicida de las intervenciones preventivas que estudiaron.

Seis estudios estaban orientados específicamente a población adolescente^{57-60,62,63}, ocho a población general^{65,69-75}, dos a población de 18 años o más^{56,64}, uno a población mayor de 12 años⁶¹, uno a población joven de 16 a 23 años⁶⁶, uno a población adulta de 25 a 44 años⁶⁷ y otro a población de 15 años o más⁶⁸.

El tamaño de las muestras de las investigaciones osciló entre 30 personas (estudio de menor población)⁵⁹ y el total de la población general de una región^{65, 69-73}.

Los ámbitos de aplicación donde se llevaron a cabo los programas y estrategias de prevención de la conducta suicida evaluadas por las investigaciones fueron: servicios de psiquiatría de hospitales^{56,59-61,63,64,74,75}, centros y unidades de salud mental^{60,64-68}, centros de Atención Primaria⁶⁵, lugares más transitados de las regiones (en el caso de las campañas de concienciación pública)^{65,70}, organizaciones sin ánimo de lucro^{65,66}, entornos educativos^{57,58,62,66}, hospitales de día⁷⁵, lugares de mayor riesgo suicida de una región^{69,72,73} y lugares de acceso a medios de suicidio⁷¹.

De los veinte estudios originales incluidos en nuestra revisión, catorce evaluaron la efectividad de programas de prevención de la conducta suicida^{56-58,60,62-68,71,74,75} y seis se centraron en la efectividad demostrada por estrategias concretas de prevención de este problema^{59,61,69,70,72,73}.

Las metodologías que se evaluaron en los estudios fueron:

- Técnicas psicoterapéuticas^{59,61,64,74}.
- Intervenciones telefónicas^{56,61,63,67,74,75}.
- Intervenciones familiares^{58,60,62}.
- Restricción del acceso a medios de suicidio⁷¹.
- Instalación de barreras físicas de prevención del suicidio^{69,72, 73}.
- Programas de postvención^{66,68}.
- Campañas de concienciación pública^{65,70}.
- Cooperación con médicos generales⁶⁵.
- Facilitadores comunitarios⁶⁵.
- Grupos de autoayuda⁶⁵.
- Formación de personal involucrado^{57,66}.
- Intervenciones psicoeducativas para la concienciación sobre la salud mental^{57,66}.
- Actividades de detección del riesgo suicida^{57, 66}.
- Asociaciones comunitarias⁶⁶.
- Líneas directas de crisis⁶⁶.

En nuestra revisión, se incluyeron estudios que evaluaron la efectividad de intervenciones basadas en una única metodología^{56,58-60,62-64,67-74} e intervenciones que combinaron varias de ellas^{57,61,65,66,75}.

Las medidas preventivas se extendieron desde sesiones de 8 horas (intervención de menor duración)⁶⁰ a medidas que siguen vigentes en la actualidad (en el caso de la instalación de barreras físicas de prevención del suicidio)^{69,72,73}. Los periodos de seguimiento de los estudios oscilaron entre 3 meses⁵⁷ y 13 años⁷³.

De los veinte estudios revisados en nuestra revisión, dieciocho demostraron resultados significativos sobre la efectividad de las intervenciones preventivas que evaluaban en la reducción de la conducta suicida^{57-61, 63-75}. Por otro lado, dos investigaciones no proporcionaron datos significativos de efectividad^{56,62}.

Resumiremos los principales resultados encontrados en los estudios incluidos en nuestra revisión, y a continuación, los explicaremos de forma más detallada mediante tablas resumen:

- Dos ensayos clínicos de alta evidencia^{59,61} y un estudio cuasi-experimental⁶⁴ y de cohortes⁷⁴ (ambos con una calidad de evidencia media), encontraron que las **técnicas psicoterapéuticas** fueron efectivas en la reducción de la conducta suicida, tanto en población general como en adolescentes con comportamiento suicidas previos, frente a un grupo control en tratamiento convencional.
- En tres de los estudios analizados, con una calidad de la evidencia media (un ensayo controlado⁶³, un estudio cuasi-experimental⁶⁷ y un estudio observacional⁷⁵), las **intervenciones telefónicas** resultaron ser efectivas en población general y adolescente con conducta suicida frente a un grupo en tratamiento habitual. Sin embargo, en un ensayo clínico dirigido a pacientes de 18 años o más procedentes de un servicio de urgencias psiquiátricas, con una alta calidad de la evidencia, no se encontraron diferencias significativas en la proporción de casos de suicidio entre los grupos de interés⁵⁶.
- Dos ECA de alta evidencia^{58,60}, encontraron efectividad en las **intervenciones familiares** en la disminución de la conducta suicida en población adolescente, frente a un grupo control con tratamiento convencional. Sin embargo, encontramos un ensayo clínico dirigido a adolescentes, con una alta calidad de la evidencia, donde no se encontraron diferencias significativas en la reducción de conducta suicida entre los grupos de interés, aunque la intervención familiar redujo los intentos de suicidio en aquellos adolescentes con bajos niveles de comunicación con sus padres⁶².

- Respecto a las intervenciones comunitarias como la **restricción del acceso a medios de suicidio**, un estudio cuasi-experimental⁷¹ con una calidad de la evidencia media, encontró efectividad en esta intervención sobre la población general de toda una región frente a dos poblaciones de control donde no se implementó dicha medida. Tres estudios cuasi-experimentales con una calidad de la evidencia media^{69,72,73}, mostraron datos que respaldaron la efectividad sobre la población general de toda una región, de la **instalación de barreras físicas de prevención del suicidio** en lugares de riesgo suicida, frente a aquellos lugares donde no se implementó este tipo de medida.
- Un estudio cuasi-experimental con una calidad de la evidencia media, demostró la efectividad de un **programa de postvención** en personas de 15 años o más en comparación con un grupo control que recibió tratamiento estándar.
- Un estudio cuasi-experimental con una calidad de la evidencia media, demostró la efectividad de **las campañas de concienciación pública** en la reducción del número de suicidios en población general, frente al periodo previo de su implementación⁷⁰.
- Un estudio cuasi-experimental⁶⁵ con una calidad de la evidencia media, demostró la efectividad sobre población general de un programa de prevención del suicidio que incluyó: **cooperación con médicos generales, campañas de relaciones públicas, facilitadores comunitarios y grupos de autoayuda**. Las tasas de suicidio se compararon con las de una región de control que no implantó dicho programa.
- Un estudio cuasi-experimental⁶⁶ con una calidad de la evidencia media, demostró la efectividad sobre población joven de 16 a 23 años, de un programa de prevención del suicidio, que implementó actividades como: **entrenamiento del personal involucrado, programas educativos y de concienciación sobre la salud mental, actividades de detección del riesgo suicida, asociaciones comunitarias, programas de postvención y líneas directas**

de crisis. La efectividad se comparó con un grupo control que no recibió el programa.

- Un ensayo clínico con una alta calidad de la evidencia⁵⁷, demostró la efectividad de un programa dirigido a jóvenes mayores de 12 años y compuesto por tres intervenciones que consistieron en la **capacitación de profesionales involucrados, la concienciación sobre la salud mental y la detección del riesgo suicida.** La intervención más efectiva fue la concienciación sobre la salud mental frente a un grupo control que no recibió ninguna de estas intervenciones.

5.1 Tablas de evidencia de los estudios seleccionados

A continuación se muestran las tablas de evidencia obtenidas de las FLC para cada artículo finalmente seleccionado.

Farré A. et al (2016)⁶⁴

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: determinar el impacto en los reintentos de suicidio del programa Suicide Prevention Behavior Program (SBPP).</p>
Población	Pacientes de 18 años o más con conducta suicida dentro de las 48 horas previas al ingreso en el programa (Barcelona, España).
Métodos	<p><i>Población total</i> = 154 pacientes.</p> <p>GI: 77 pacientes (habitantes del distrito de la Dreta de l'eixample, Barcelona).</p> <p>GC: 77 pacientes (habitantes del distrito de Gràcia, Barcelona).</p> <p>Intervención: programa SBPP. Coordinado por personal de servicio de psiquiatría de un hospital y de un centro de salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicoterapia de grupo: Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia de Resolución de Problemas (TRP), una vez a la semana. -Terapia individual, en caso de precisarse. <p><i>Duración: 3-6 meses.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 12 meses.</i></p>
Resultados	<p>El GI presentó un 67% menor de RR de reintento de suicidio ($\chi^2 = 11,75$, $p = 0,001$, $RR = 0,33$, $IC\ del\ 95\% = 0,17-0,66$), respecto al GC.</p> <p>Los pacientes del GI realizaron un nuevo intento de suicidio significativamente mucho más tarde que los pacientes del GC (<i>regresión de Cox</i> = 0,293, $IC\ del\ 95\% = 0,138-0,624$; $p = 0,001$).</p> <p>El RR fue menor para los pacientes con un primer intento de suicidio, que en aquéllos con antecedentes de intentos previos: $RR = 0,22$ ($IC\ del\ 95\% = 0,05-0,95$) y $RR = 0,44$ ($IC\ del\ 95\% = 0,21-0,92$), respectivamente.</p> <p>Limitaciones: muestreo sin asignación aleatoria de pacientes.</p>
Conclusiones	El programa fue beneficioso para retrasar y prevenir los intentos de suicidio en el primer año tras el comportamiento suicida. Su efectividad fue mayor en los primeros intentos de suicidio.
Calidad de la evidencia	Media (IIB) (B)

SBPP: Suicide Prevention Behaviour Program; GI: grupo intervención; GC: grupo control; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; TRP: Terapia de Resolución de Problemas; RR: riesgo relativo; χ^2 : chi-cuadrado; IC: intervalo de confianza.

Reijas T. et al (2013)⁷⁴

Estudio	<p>Diseño: estudio de cohortes.</p> <p>Objetivo: evaluación de la efectividad en la reducción de reintentos de suicidio del Programa de Intervención Intensiva (PII).</p>
Población	Pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de Ourense (España), que tras un intento de suicidio, e independientemente de haber precisado un ingreso hospitalario, fueron atendidos posteriormente en consultas de psiquiatría al menos en una ocasión.
Métodos	<p><i>Población total</i> = 191.</p> <p>GI: 89 pacientes.</p> <p>GC: 102 pacientes.</p> <p>Intervención: programa PII. Coordinado por personal de servicio de psiquiatría de un hospital. Consistió en una Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de 10 sesiones (1-2 por semana) y consultas telefónicas de seguimiento entre sesiones por enfermería (cada 2-3 semanas). <i>Duración: 6 meses, con una consulta de seguimiento al año de inicio del programa.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 12 meses.</i></p>
Resultados	<p>Un 20,6% de pacientes del GC presentaron un nuevo reintento de suicidio frente a un 10% del GI ($p=0,047$).</p> <p>El GI presentó un riesgo de 2,88 veces menos de recaída ($p=0,015$).</p> <p>Limitaciones: estudio retrospectivo para el GC y prospectivo para el GI. Sesgos de información.</p>
Conclusiones	El GI presentó menos reintentos de suicidio, precisó menos ingresos hospitalarios, y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento y el primer reintento fue mayor.
Calidad de la evidencia	Media (III) (B)

PII: Programa de Intervención Intensiva; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control; TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

Alavi A. et al (2013)⁵⁹

Estudio	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad de una Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la prevención del suicidio en la disminución de la conducta suicida.</p>
Población	Adolescentes de 12 a 18 años que tuvieron un intento de suicidio en los 3 meses previos y fueron atendidos en hospitales de Irán.
Métodos	<p><i>Población total</i> = 30 pacientes.</p> <p>GI: 15 pacientes. GC: 15 pacientes.</p> <p>Intervención: TCC. Coordinado por personal de servicio de psiquiatría de un hospital. Intervención que constaba de 12 sesiones (1 sesión/semana). <i>Duración: 3 meses.</i></p> <p>El GC y GI fueron evaluados en el pre y post-tratamiento por la Escala de Ideación Suicida de Beck, inventario de desesperanza de Beck e inventario de depresión de Beck.</p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 3 meses</i></p>
Resultados	<p>A los 3 meses, hubo diferencias significativas en las puntuaciones de las 3 escalas del GI respecto al GC ($p < 0,001$).</p> <p>Las puntuaciones del GC no cambiaron significativamente ($p > 0,05$), mientras que sí lo hicieron las del GI ($p < 0,001$).</p> <p>Se observaron disminuciones del 54% al 77% de las puntuaciones medias de las escalas en el GI a los 3 meses.</p> <p>Limitaciones: falta de motivación de adolescentes con conducta suicida para participar en TCC. Pequeño tamaño de la muestra.</p>
Conclusiones	La TCC es un método efectivo en la reducción de la conducta suicida y la desesperanza en adolescentes con intentos de suicidio previos
Calidad de la evidencia	Alta (Ib) (A)

TCC: terapia cognitivo-conductual; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control.

Lahoz T. et al (2016)⁶¹

Estudio	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.</p> <p>Objetivo: investigar la sostenibilidad del efecto preventivo suicida del programa OPAC (alcance, resolución de problemas, adherencia y continuidad) mostrado en un estudio de seguimiento de un año.</p>
Población	Pacientes mayores de 12 años ingresados en un hospital de Copenhague (Dinamarca) por intento de suicidio.
Métodos	<p><i>Población total</i> = 133 personas.</p> <p>GI: 69 pacientes. GC: 64 pacientes.</p> <p>Intervención: programa OPAC. Coordinado por personal del servicio de psiquiatría de un hospital. Programa de seguimiento psicosocial que incluyó principalmente TRP, seguida de alcance activo y asesoramiento de sentido común adaptado individualmente, mediante contacto personal con psiquiatra o enfermera, o a través de llamadas telefónicas. <i>Duración: 6 meses.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 5 años.</i></p>
Resultados	<p>Al año de seguimiento, el 8,7% de los pacientes del GI repitieron un acto suicida respecto al 21,9% del GC.</p> <p>A los 5 años, 17 de los pacientes del GI repitieron un intento de suicidio, frente a 19 del GC.</p> <p>Según la prueba de log-rank el efecto sobre el número de pacientes que repiten un acto suicida ya no es significativo en el seguimiento de 5 años ($p = 0,0658$).</p> <p>El efecto preventivo del suicidio duró hasta 265 semanas. Después de 3-4 años, el efecto sobre el número de pacientes que repiten un intento de suicidio ya no es sostenible.</p> <p>Limitaciones: pequeño tamaño de la muestra e intervención sensible a factores personales.</p>
Conclusiones	Este estudio enfatiza la importancia de una intervención de alcance rápido y activo y señala que el efecto en el número de pacientes que repiten un intento de suicidio desaparece y ya no es sostenible después de 3-4 años, lo que sugiere la necesidad de una intervención de seguimiento.
Calidad de la evidencia	Alta (Ib) (A)

OPAC: Outreach, Problem-solving, Adherence, Continuity; **GI:** grupo de intervención; **GC:** grupo de control; **TRP:** Terapia de Resolución de Problemas.

Cebrià A.I. et al (2013)⁷⁵

Estudio	<p>Diseño: estudio de casos y controles.</p> <p>Objetivo: determinar la eficacia en la disminución de la conducta suicida de un programa de gestión telefónica.</p>
Población	Pacientes ingresados en un servicio de urgencias después de un intento de suicidio en dos hospitales de Cataluña (España): Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT) y Consorci Sanitari de Terrassa (CST).
Métodos	<p><i>Población total</i> = 514 pacientes.</p> <p>GI: 296 pacientes atendidos en el servicio de urgencias CSPT. GC: 218 pacientes atendidos en el servicio de urgencias CST.</p> <p>Intervención: programa de gestión telefónica. Coordinado por personal de servicio de psiquiatría de hospital y de hospital de día. Incluyó medidas para aumentar la adherencia al tratamiento e intervenciones en situaciones de crisis: entrevista en hospital de día, evaluación por psicólogo clínico, intervención psicoterapéutica familiar y programa gestión telefónica (llamadas a la semana, 1^{er} mes y a los 3, 6, 9 y 12 meses) <i>Duración: 12 meses.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 12 meses.</i></p>
Resultados	<p>El programa retrasó los intentos de suicidio en el GI respecto el año anterior (<i>tiempo medio en días hasta el primer reintento, año 2008 = 346,47, sd = 4,65, tiempo medio en días al primer intento nuevamente, año 2007 = 316,46 sd = 7,18 (p = 0.0005; $\chi^2 = 12.1$, df = 1)</i> y respecto al GC durante el mismo período (<i>tiempo medio en días para el primer reintento, periodo de tratamiento = 346.47, sd = 4.65; - periodo de tratamiento = 300,36, sd = 10,67, P <0,0005; $\chi^2 = 16,8$, df = 1).</i></p> <p>El programa redujo la tasa de pacientes que volvieron a intentar suicidarse en el GI respecto al año anterior (<i>Intervención 6% vs Línea de base 14% y respecto al GC (Intervención 6% vs Control 14%).</i></p> <p>Limitaciones: dificultad de contactar con todos los pacientes dentro de los plazos establecidos. Corto periodo de tiempo de seguimiento.</p>
Conclusiones	Un programa de gestión telefónica para pacientes dados de alta de un servicio de urgencias tras un intento de suicidio, puede ser una estrategia útil para retrasar y disminuir los reintentos de suicidio.
Calidad de la evidencia	Media (III) (B)

CSPT: Corporació Sanitària ParcTaulí; CST: Consorci Sanitari de Terrassa; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control; sd: standard deviation; χ^2 : chi-cuadrado.

Exbrayat S. et al (2017)⁶³

Estudio	<p>Diseño: ensayo controlado no aleatorizado.</p> <p>Objetivo: evaluar la eficacia de un protocolo de seguimiento telefónico sobre la disminución de la conducta suicida.</p>
Población	Adolescentes de 18 años que habían realizado un intento de suicidio, remitidos posteriormente a una unidad psiquiátrica de urgencias de Saint-Etienne (Francia).
Métodos	<p><i>Población total</i> = 823 personas.</p> <p>GI: 436 personas. GC: 387 personas.</p> <p>Intervención: protocolo de gestión telefónica. Coordinado por personal de servicio de psiquiatría de un hospital. Una enfermera cualificada realizó las llamadas telefónicas y evaluó el riesgo de suicidio, la emergencia y grado de nocividad, y la adherencia al tratamiento habitual. Las llamadas se realizaron a los 8, 30 y 60 días del inicio de la intervención <i>Duración: 60 días.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 12 meses.</i></p>
Resultados	<p>La proporción de reintentos de suicidio fue significativamente menor en los pacientes del GI (12,6%) que del GC (17,8%) después del episodio índice ($p = 0,037$).</p> <p>Para los 244 pacientes que respondieron a todas las llamadas telefónicas de seguimiento, la OR de la reincidencia fue aún menor: 0,50 (IC del 95%, 0,62 a 0,80).</p> <p>El intervalo entre el episodio índice y el primer intento de suicidio repetido fue 143,9 días ($\pm 105,3$) en el GI y 107,0 días ($\pm 105,2$) en el GC ($p = 0,05$).</p> <p>El RR de reincidencia en el subgrupo de pacientes que completaron las 3 entrevistas telefónicas de seguimiento, en comparación con los controles y ajustado para los mismos factores, fue 0,41 (IC del 95%, 0,22 a 0,76).</p> <p>Limitaciones: sesgo de selección.</p>
Conclusiones	La implementación de un protocolo de seguimiento telefónico temprano después del intento de suicidio, podría ayudar a prevenir intentos repetidos y aumentar el tiempo transcurrido hasta un segundo episodio.
Calidad de la evidencia	Media (IIa) (B)

GI: grupo de intervención; GC: grupo de control; OR: odds ratio; IC: Intervalo de Confianza; RR: riesgo relativo.

Chen W-J et al (2012)⁶⁷

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: determinar la eficacia de un programa de prevención del suicidio del centro de prevención del suicidio de Kaohsiung (KSPC) en la disminución de la conducta suicida.</p>
Población	Personas de 25 a 44 años con un reciente intento de suicidio remitido al KSPC por organizaciones médicas y no médicas de la ciudad de Kaohsiung (Taiwán).
Métodos	<p><i>Población total= 4.765 personas.</i></p> <p>GI: 4.192 personas. GC: 573 personas.</p> <p>Intervención: gestión telefónica. Coordinado por personal de una unidad de salud mental. La intervención consistió en llamadas telefónicas y visitas domiciliarias realizadas por enfermeras del ámbito de la psiquiatría, psicólogos y trabajadores sociales en la primera semana tras el intento de suicidio, 1, 2, 5 y 6 meses <i>Duración: 6 meses.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento del estudio: 6 meses.</i></p>
Resultados	<p>El riesgo de reintento suicida fue significativamente menor en el GI frente al GC a lo largo de los 6 meses (<i>hazard ratio = 2,93; IC del 95% = 2,47-3,47</i>).</p> <p>La gestión telefónica parece ser eficaz en la prevención de reintentos suicidas en pacientes con un intento previo reciente.</p> <p>Limitaciones: muestreo sin asignación aleatoria.</p>
Conclusiones	Las consultas telefónicas demostraron ser un método eficaz en la prevención de la conducta suicida. A su vez, se trata de una herramienta eficiente para reducir las tasas de suicidio en la población general.
Calidad de la evidencia	Media (IIb) (B)

KSPC: programa de prevención del suicidio de Kaohsiung; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control; IC: intervalo de confianza.

Mouaffak F. et al (2015)⁵⁶

Estudio	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.</p> <p>Objetivo: determinar la efectividad del programa OSTA en la prevención del comportamiento suicida recurrente.</p>
Población	Adultos suicidas de 18 años o más años ingresados en un servicio de urgencias psiquiátricas de un hospital de Bicêtre (Francia).
Métodos	<p><i>Población total:</i> 320 pacientes.</p> <p>GI: 160 pacientes. GC: 160 pacientes.</p> <p>Intervención: programa OSTA. Coordinado por personal del servicio de psiquiátricas de un hospital. -En los primeros días tras el intento de suicidio: carta a domicilio con las intervenciones planificadas y tarjeta de recurso para contactar con un psiquiatra, en caso de atención urgente. - A las 2 semanas, al mes y a los 3 meses: intervención telefónica por enfermera, psicólogo o psiquiatra, para evaluar el estado psicopatológico, el riesgo de suicidio y la adherencia a los servicios de salud mental. <i>Duración: 3 meses.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento del estudio: 12 meses.</i></p>
Resultados	<p>La proporción de pacientes con un reintento de suicidio no difirió significativamente entre el GI (14,5%) y el GC (14%); ($OR = 1,01$, $IC = 0,52-1,97$, $p = 0,98$).</p> <p>Para los repetidores, el 23,4% volvió a intentar suicidarse en el GI frente a 23,3% en el GC.</p> <p>Durante el seguimiento de 12 meses, el 24,2% de los pacientes del GI y el 31% de los pacientes de GC iniciaron un seguimiento médico ($p = 0,21$, $OR = 0,71$, $IC (0,41-1,22)$).</p> <p>Limitaciones: sesgo de memoria. Discrepancia entre resultados de la participación en la atención de salud recogidos de forma prospectiva a lo largo del estudio y los informados retrospectivamente al final del seguimiento.</p>
Conclusiones	El programa OSTA no mostró una reducción significativa de la proporción de casos de suicidio ni en la mejora de la participación en la atención médica.
Calidad de la evidencia	Alta (Ib) (A)

GI: grupo intervención; GC: grupo control; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

Hooven C. et al (2012)⁵⁸

Estudio	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.</p> <p>Objetivo: evaluar la eficacia de 3 intervenciones de prevención del suicidio que comprende el programa Promoting CARE.</p>
Población	Adolescentes de 14 a 19 años de escuelas públicas en 7 distritos escolares del área de Seattle (Estados Unidos).
Métodos	<p><i>Población total</i> = 615 adolescentes y sus padres.</p> <p>Intervención: intervenciones del programa Promoting CARE. Desarrollado en entorno educativo. Se compararon 3 protocolos de prevención del suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención sólo a jóvenes (C-CARE) = 153 personas. - Intervención sólo a padres (P-CARE) = 155 personas. - Intervención a jóvenes y padres (C+P CARE) = 164 personas. <p><i>Duración:</i> las 3 intervenciones se realizaron en un periodo de 1 mes.</p> <p>GC: 143 personas.</p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> 15 meses.</p>
Resultados	<p>Los 4 grupos tuvieron disminuciones significativas en la ideación suicida, amenazas suicidas, depresión, desesperanza, ansiedad e ira.</p> <p>El grupo de C + P-CARE fue el más eficaz en la disminución de los factores de riesgo y en el aumento de los factores protectores de suicidio.</p> <p>El grupo C-CARE también fue significativamente más eficaz que el tratamiento habitual en la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores.</p> <p>Todos los efectos de la intervención se mantuvieron durante el período de seguimiento de 15 meses para todos los grupos de intervención.</p> <p>Limitaciones: posible sesgo en la información recogida en los autoinformes. Corto periodo de seguimiento.</p>
Conclusiones	La intervención del programa en adolescentes resulta eficaz en la prevención del suicidio, ya que disminuye los factores de riesgo y refuerza los factores protectores de la conducta suicida. Estos efectos son aún mayores si la intervención se realiza además en padres de adolescentes.
Calidad de la evidencia	Alta (Ib) (A)

GC: grupo de control.

Pineda J. et al (2015)⁶⁰

Estudio	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad del programa Resourceful Adolescent Parent (RAP-P), una intervención familiar para reducir la conducta suicida en adolescentes.</p>
Población	Adolescentes suicidas de 12 a 17 años y sus padres, atendidos en servicios de urgencias de dos hospitales, así como en un servicio de salud mental de Sydney (Australia).
Métodos	<p><i>Población total</i> = 40 familias (40 adolescentes y sus padres).</p> <p>GI: 22 familias. GC: 18 familias.</p> <p>Intervención: programa RAP-P. Coordinado por personal de servicio de psiquiatría de hospital y unidad de salud mental. Programa dirigido a padres de adolescentes e implementado en 4 sesiones de 2 horas. Se hicieron evaluaciones al inicio y a los 3 y 6 meses de seguimiento. <i>Duración: 8 horas.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento del estudio: 6 meses.</i></p>
Resultados	<p>El RAP-P se asoció con un alto reclutamiento y retención, una mejora en el funcionamiento familiar, una reducción en la conducta suicida de los adolescentes y una disminución de la discapacidad psiquiátrica, en comparación con el GC.</p> <p>Los beneficios se mantuvieron en el seguimiento y la mejora en la conducta suicida del adolescente se debió a un progreso en el funcionamiento familiar.</p> <p>Limitaciones: pequeño tamaño de la muestra.</p>
Conclusiones	El estudio proporciona evidencia para el uso de tratamientos centrados en la familia en entornos ambulatorios, con el fin de mejorar el comportamiento suicida en adolescentes.
Calidad de la evidencia	Alta (Ib) (A)

RAP-P: Resourceful Adolescent Parent; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control.

Vidot D.C. et al (2016)⁶²

Estudio	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.</p> <p>Objetivo: evaluar el impacto del programa "Familias Unidas" sobre la conducta suicida de adolescentes y examinar si la comunicación con sus padres mejora la efectividad de la intervención.</p>
Población	Adolescentes hispanos de escuelas públicas y sus padres con bajos recursos económicos.
Métodos	<p><i>Población total:</i> 746 personas.</p> <p>GI: 376 personas. GC: 370 personas.</p> <p>Intervención: programa Familias Unidas. Desarrollado en entorno educativo. El programa se dividió en 8 grupos centrados en la familia, que colocaron a los padres en el rol de agente de cambio a través de 4 sesiones familiares. Cada habilidad de comunicación se discute en las sesiones de grupo de padres y posteriormente se promulga en una sesión familiar entre padre/madre y el adolescente.</p> <p>Las evaluaciones de seguimiento de los adolescentes se realizaron al inicio del estudio, 6, 18 y 30 meses después del comienzo del programa. Duración: las 4 sesiones familiares y la sesión de los familiares y el adolescente duraron aproximadamente 2 horas (10 horas).</p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 30 meses.</i></p>
Resultados	<p>No hubo diferencias significativas entre el GI y el GC en la ideación suicida ($b = 0,129$, $p = 0,130$) o intentos de suicidio ($b = 0,024$, $p = 0,744$). Sin embargo, hubo un efecto de interacción significativo de la comunicación inicial entre padres y adolescentes ($b = 0,01$, $p = 0,01$) sobre el efecto de la intervención en el intento de suicidio.</p> <p>Limitaciones: corto periodo de seguimiento del estudio.</p>
Conclusiones	El programa tuvo un impacto significativo en la reducción de los intentos de suicidio en adolescentes con bajos niveles de comunicación con los padres.
Calidad de la evidencia	Alta (Ib) (A)

GI: grupo de intervención; GC: grupo de control.

Chen Y-Y et al (2015)⁷¹

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitaria para evitar el suicidio restringiendo el acceso al carbón (monóxido de carbono).</p>
Población	Población general de Taiwán.
Métodos	<p>GI: Nueva Taipei (3.9 millones de habitantes). GC: ciudad de Taipei (2,7 millones de habitantes) y ciudad de Kaohsiung (2,7 millones de habitantes).</p> <p>Intervención: restricción del acceso al carbón. La ciudad requirió que todo el carbón se retirara de los estantes abiertos de las tiendas y los clientes que compraran carbón tenían que solicitarlo al empleado, el cual sacaba el carbón de un contenedor cerrado (para hacer el acceso más difícil a las personas). Duración: 19 meses.</p> <p>Periodo previo a intervención: 2009 febrero-2012 abril.</p> <p>Las regiones de control no implantaron la intervención.</p> <p>Periodo de seguimiento: 19 meses.</p>
Resultados	<p>En comparación con el período previo a la intervención, la reducción de la tasa de suicidio por quema de carbón en la ciudad de Nueva Taipei fue del 37% (IC 95%: 17%-50%) después de la intervención, con una disminución en la tasa general de suicidios de 18.6 a 15.8 por 100.000 habitantes. En los sitios de control, la disminución en la tasa de suicidio por quema de carbón no fue tan prominente como en Nueva Taipei.</p> <p>Solo la ciudad de Nueva Taipei mostró una reducción significativa en la intensidad del suicidio con combustión de carbón en el momento de la implementación, por lo que la caída en la tasa de suicidios con carbón en Nueva Taipei fue estadísticamente significativa.</p> <p>La magnitud de la disminución del suicidio por combustión de carbón en la ciudad de Nueva Taipei en relación con la ciudad de Kaohsiung se estimó en 30% ($1-exp(-0.36) = 30\%$), IC 95% [14%, 44%], $p = 0.001$.</p> <p>La disminución general en la tasa de suicidios en la Ciudad de Nueva Taipei después de la intervención se estimó en 12% ($1-exp(-0.13) = 12\%$), IC del 95% [2%, 21%].</p> <p>Limitaciones: se pudo determinar si la disminución del suicidio por combustión del carbón en el sitio de intervención se debió en realidad a la restricción del carbón. Posible influencia de factores sociales no medidos.</p>
Conclusiones	Restringir el acceso a los métodos letales comunes de suicidio puede reducir efectivamente las tasas de suicidio.
Calidad de la evidencia	Media (Iib) (B)

GI: grupo de intervención; GC: grupo control; IC: intervalo de confianza.

Ueda M. et al (2015)⁶⁹

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: determinar si la instalación de barreras físicas en estaciones de tren, como vallas de andén, contribuyó a la reducción de los incidentes de suicidio ferroviario mortal o no mortal y de accidentes por caída.</p>
Población	Población general de Tokio.
Métodos	<p><i>Población total</i> = 168 estaciones.</p> <p>GI: estaciones con vallas de andén. GC: estaciones sin vallas de andén.</p> <p>Intervención: instalación de barreras físicas.</p> <p>Se emplearon datos de suicidio y accidentes de 2004 a 2014, proporcionados por una compañía ferroviaria de Tokio. Se puso a disposición la fecha de instalación de estas barreras físicas para cada estación.</p> <p>Medida vigente en la actualidad.</p> <p>Se emplearon datos mensuales para el análisis.</p> <p>Las estaciones del GC no instalaron las vallas de andén.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 10 años.</i></p>
Resultados	<p>El número de suicidios fue mucho mayor en las estaciones sin vallas de andén que en aquéllas que sí que las tenían instaladas.</p> <p>En total se observaron 7 suicidios en estaciones con vallas de andén. En contraste, no ocurrieron accidentes de caída en estaciones con este tipo de barreras físicas, mientras que un promedio de 185 accidentes por año ocurrieron en estaciones sin estas barreras.</p> <p>Las barreras tuvieron éxito en la prevención completa de accidentes. El número de suicidios disminuyó después de la instalación de estas en comparación con el período anterior a la instalación.</p> <p>La instalación de las vallas disminuyó el número de suicidios en un 76% (IC: 33-93%) en el periodo posterior a su instalación.</p> <p>Limitaciones: los datos proceden sólo de un operador de tren, por lo que la generalización de los resultados puede ser limitada. No se examinó completamente los posibles efectos de sustitución.</p>
Conclusiones	Las vallas de andén son efectivas para reducir el número de suicidios ferroviarios, así como los accidentes por caída.
Calidad de la evidencia	Media (Iib) (B)

GI: grupo de intervención; GC: grupo control; IC: intervalo de confianza.

Perron S. et al (2013)⁷²

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: investigar si la instalación de una barrera de prevención del suicidio en el puente Jacques-Cartier (Montreal, Québec) disminuyó los intentos de suicidio y si provocó fenómenos de sustitución en la isla de Montreal y Montérégie (las 2 regiones que conecta).</p>
Población	Población general de Québec.
Métodos	<p>Intervención: instalación de barrera física.</p> <p>Año de instalación de la barrera: 2004.</p> <p>Se comparó la tasa de suicidio del periodo previo a la instalación de la barrera física (1990-2004) frente a la de los 5 años posteriores de la instalación de la misma.</p> <p>Medida vigente en la actualidad.</p> <p>Se extrajeron las muertes por suicidio entre los residentes de Québec del 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 2009.</p> <p><i>Periodo de seguimiento del estudio: 5 años.</i></p>
Resultados	<p>Las tasas de suicidio al saltar del puente Jacques-Cartier disminuyeron después de la instalación de la barrera (<i>tasa de incidencia [IRR] = 0,24; [IC] del 95% = 0,13-0,43</i>), sin modificar las tasas de suicidio en todos los puentes (<i>IRR = 0,39; 95% IC = 0.27, 0.55</i>) y todos los sitios de salto (<i>IRR = 0.66, IC 95% = 0.54, 0.80</i>) de las regiones consideradas.</p> <p>Limitaciones: limitación en la generalización de los hallazgos.</p>
Conclusiones	El diseño de una barrera física genera ningún o casi ningún desplazamiento a otros sitios de salto. Además, es efectivo para disminuir las tasas de suicidio.
Calidad de la evidencia	Media (Iib) (B)

IRR: razón de tasas de incidencia; IC: intervalo de confianza.

Matsubayashi T. et al (2014)⁷³

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad de la instalación de barreras físicas, como luces LED como método disuasorio del suicidio (Light Emitting Diode) en estaciones de tren y metro, evaluando la disminución de intentos de suicidio y el posible fenómeno de sustitución.</p>
Población	Población general de Japón.
Métodos	<p>GI: estaciones que instalaron las luces. GC: estaciones que no instalaron las luces.</p> <p>Intervención: instalación de luces LED</p> <p>Se emplearon datos de 71 estaciones de tren entre 2000 y 2013.</p> <p>Se comparó el número de suicidios antes y después de la instalación de luces LED en 14 estaciones donde se instalaron, frente a 5 estaciones vecinas de la misma línea ferroviaria, empleando el número de suicidios de todas las otras estaciones sin la intervención, como grupo de control.</p> <p>Medida vigente en la actualidad.</p> <p>Las estaciones del GC no instalaron las luces LED.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 13 años.</i></p>
Resultados	<p>La instalación de luces LED como método disuasorio de la conducta suicida, disminuyó el número de suicidios en un 74% (IC: 48-87%) en las estaciones donde se instalaron, mientras que no dio lugar a un aumento sistemático en el número de suicidios en las estaciones vecinas.</p> <p>Limitaciones: generalización de los hallazgos limitada. Los hallazgos no revelaron el mecanismo subyacente por el cual la instalación de luces resultó en un menor número de suicidios y no generó fenómeno de sustitución.</p>
Conclusiones	La instalación de luces LED como método disuasorio disminuye el número de suicidios en estaciones ferroviarias, y no genera un fenómeno de sustitución sistemática en las estaciones cercanas.
Calidad de la evidencia	Media (Iib) (B)

LED: Light Emitting Diode; GI: grupo de intervención; GC: grupo control; IC: Intervalo de Confianza.

Pan Y-J et al (2013)⁶⁸

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad de un programa de postvención del Sistema Nacional de Vigilancia del Suicidio (NSSS) en Taiwán, para personas que sobrevivieron a un intento de suicidio.</p>
Población	Personas de 15 años o más de Taiwán registradas en el NSSS, que habían sobrevivido a un intento de suicidio.
Métodos	<p>Se examinó la efectividad del programa, usando los datos de los primeros 3 años de implantación del NSSS, sobre personas que sobrevivieron a sus intentos de suicidio.</p> <p>GI: personas que aceptaron recibir el programa. GC: personas que no estuvieron dispuestas a recibir el programa.</p> <p>Intervención: programa de postvención. Fue coordinado por personal de una unidad de salud mental. Se realizó una evaluación inicial a los pacientes poco después del intento de suicidio, seguida de sesiones de asesoramiento breve y de psicoeducación, a través de llamadas telefónicas o en persona (2 contactos por mes). <i>Duración: 3-6 meses.</i></p> <p>El GC recibió tratamiento estándar.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 24 meses.</i></p>
Resultados	<p>La recepción en los servicios de postratamiento se asoció con un menor riesgo de suicidio posterior en un 22,5% entre aquellos que no estuvieron dispuestos a recibir tratamiento y en 63,5% para aquellos que si lo estaban.</p> <p>Para los receptores de servicios que eventualmente se suicidaron, hubo una duración prolongada entre el intento índice y los intentos fatales.</p> <p>Limitaciones: corto periodo de seguimiento. Las interpretaciones de los resultados deben restringirse a los resultados a corto y medio plazo. Difícil de reproducir para otros estudios.</p>
Conclusiones	El programa de postvención estructurado del NSSS, parece disminuir los suicidios y retrasar el tiempo hasta la muerte de aquellas personas que sobrevivieron a un intento de suicidio.
Calidad de la evidencia	Media (Iib) (B)

NSSS: Nacional Suicide Surveillance System; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control.

Matsubayashi T. et al (2014)⁷⁰

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad de las campañas de concienciación pública en la reducción del riesgo suicida, comparando el número de suicidios antes y después de su implementación.</p>
Población	Población general de Nagoya (Japón).
Métodos	<p><i>Población total</i> = 2.3 millones de habitantes.</p> <p>Se compararon los conteos de suicidios antes y después de las campañas.</p> <p>Intervención: campañas de concienciación pública.</p> <p>Material promocional: folleto con información sobre los síntomas de la depresión y opciones de tratamiento, números de teléfonos de consulta y sitios web.</p> <p><i>Duración: 2 años.</i></p> <p>Se contó en cada uno de los 16 pabellones de la ciudad, el número de veces que se distribuyeron los materiales promocionales por mes y se examinó la asociación entre los recuentos de suicidios y la frecuencia de estas distribuciones.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 2 años.</i></p>
Resultados	<p>El número total de suicidios comenzó a disminuir a los dos meses después de la implementación de la campaña.</p> <p>Una distribución más frecuente del material de la campaña se asoció con una disminución en el número de suicidios de los meses siguientes.</p> <p>Limitaciones: el mecanismo subyacente de cómo la campaña redujo los suicidios no estaba claro.</p>
Conclusiones	Las campañas de concienciación pública pueden ser una estrategia efectiva para prevenir el suicidio.
Calidad de la evidencia	Media (Iib) (B)

Székely A. et al (2013)⁶⁵

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad del programa de prevención EAAD (European Alliance Against Depression) sobre la disminución de las tasas de suicidio.</p>
Población	Población general de Hungría.
Métodos	<p>GI: ciudad de Szolnok (76.311 habitantes). GC: ciudad de Szeged (162.586 habitantes).</p> <p>Intervención: programa EAAD. Incluyó 4 estrategias: cooperación con los médicos generales, campañas de concienciación pública, facilitadores comunitarios y grupos de autoayuda. <i>Duración: 2 años.</i></p> <p>El GC no implantó el programa EAAD.</p> <p><i>Periodo de seguimiento del estudio: 12 meses.</i></p>
Resultados	<p>Las tasas de suicidio en Szolnok fueron significativamente inferiores a la media de los tres años anteriores ($p = 0,0076$), e inferiores a las hallada en todo el país ($p = 0,017$) y en la región de control ($p = 0,0015$).</p> <p>En Szolnok, hubo un aumento de las llamadas de emergencia al servicio de línea directa (200%) y de visitas ambulatorias en la clínica local de psiquiatría (76%).</p> <p>Limitaciones: muestreo sin asignación aleatoria de pacientes y factores difíciles de controlar. No se supo qué estrategias fueron más eficaces.</p>
Conclusiones	Los resultados brindan un apoyo para la efectividad del programa EAAD, ya que disminuye las tasas de suicidio y aumenta la inercia de los pacientes en la búsqueda de ayuda sanitaria.
Calidad de la evidencia	Media (Ilb) (B)

EAAD: European Alliance Against Depression; GI: grupo intervención; GC: grupo control.

Godoy L. et al (2015)⁶⁶

Estudio	<p>Diseño: estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivo: determinar la efectividad del programa de prevención Garrett Lee Smith Memorial (GLS) en la reducción de los intentos de suicidio.</p>
Población	Jóvenes de 16 a 23 años de 46 estados y 12 comunidades de Estados Unidos.
Métodos	<p>GI: 57.000 personas. GC: 84.000 personas.</p> <p>Intervención: programa GLS. Actividades implementadas: formación de personal involucrado, programas de concienciación sobre la salud mental, actividades de detección del riesgo suicida, asociaciones comunitarias, programas de postvención y líneas directas de crisis. <i>Duración: 4 años.</i></p> <p>El GC no recibió el programa GLS.</p> <p><i>Periodo de seguimiento del estudio: 12 meses</i></p>
Resultados	<p>A los 12 meses de la implementación del programa, el GI presentó índices de intentos de suicidio significativamente más bajos que el GC (<i>4,9 menos intentos por cada 1.000 jóvenes; IC 95%; $p = 0,003$</i>).</p> <p>Limitaciones: no se presentan datos sobre qué intervenciones del programa pudieron ser más efectivas.</p>
Conclusiones	Las actividades integrales del programa GLS se asociaron con una reducción en las tasas de intento de suicidio.
Calidad de la evidencia	Media (Iib) (B)

GLS: Garret Lee Smith; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control; IC: intervalo de confianza.

Wasserman D. et al (2015)⁵⁷

Estudio	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad del programa Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) sobre las intervenciones preventivas del comportamiento suicida en la escuela.</p>
Población	Adolescentes mayores de 12 años de 168 escuelas de diez países de la Unión Europea (Austria, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Italia, Rumania, Eslovenia y España).
Métodos	<p><i>Población total</i> = 11.110 estudiantes.</p> <p>Intervención: programa SEYLE. Desarrollado en entorno educativo. - QPR: 2.692 alumnos. Programa educativo para personal de escuelas que enseña a reconocer una emergencia de salud mental y a cómo obtener ayuda para alumnos en riesgo de suicidio. - YAM: 2.721 alumnos. Programa educativo de concienciación sobre la salud mental dirigido a alumnos para lidiar con eventos adversos de la vida, estrés y comportamientos suicidas. - ProfScreen: 2.764 alumnos. Intervención selectiva basada en las respuestas de los alumnos a un cuestionario. Según su puntuación, podían participar en una evaluación profesional y ser derivados a servicios clínicos, en caso de precisarse. <i>Duración: 4 semanas (cada intervención).</i></p> <p>GC: 2.933 alumnos.</p> <p>El GC no recibió ninguna intervención del programa SEYLE.</p> <p><i>Periodo de seguimiento: 12 meses.</i></p>
Resultados	<p>A los 3 meses, no hubo diferencias significativas entre los tres GI y el GC.</p> <p>A los 12 meses, el programa YAM se asoció con una reducción significativa de los intentos de suicidio ($OR = 0,4$; $IC\ 95\%: p = 0,014$) e ideación suicida severa en comparación con el GC ($OR=0,50$; $IC\ 95\%: p = 0,025$).</p> <p>14 alumnos (0,70%) informaron conductas suicidas en el seguimiento de 12 meses en el YAM respecto a 34 (1,51%) en el GC, y 15 alumnos (0,75%) informaron ideación suicida grave incidente en el grupo YAM frente a 31 (1,37%) en el GC.</p> <p>Limitaciones: posible sesgo en la información recogida en los autoinformes de alumnos.</p>
Conclusiones	El programa YAM fue eficaz para reducir el número de intentos de suicidio y la ideación suicida severa en adolescentes escolares.
Calidad de la evidencia	Alta (Ib) (A)

SEYLE: Saving and Empowering Young Lives in Europe; QPR: Question, Persuade and Refer; YAM: Youth Aware of Mental Health; ProfScreen: screening by professionals; GC: grupo control; GI: grupo intervención; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

6. DISCUSIÓN

En nuestra revisión, encontramos un número limitado de estudios de calidad suficiente para hacer recomendaciones basadas en la evidencia, siendo especialmente escasos los estudios en nuestro medio, lo que contrasta con la preocupación generalizada respecto a la prevención del suicidio. Desarrollaremos el presente apartado de acuerdo a los objetivos de nuestro trabajo.

6.1 Discusión por objetivos planteados

6.1.1 Efectividad de las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida

Técnicas psicoterapéuticas

Cuatro de las investigaciones revisadas en el presente trabajo respaldaron la eficacia, tanto en población general como en adolescentes con conductas suicidas previas, de las técnicas psicoterapéuticas como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia de Resolución de Problemas (TRP)^{59,61,64,74}. Estas intervenciones demostraron no sólo prevenir la conducta suicida, sino retrasar un nuevo intento de suicidio en estas personas. Además, los individuos que participaron en estas terapias presentaron menos riesgo de recaída, por lo que precisaron menos ingresos hospitalarios.

De los cuatro estudios, de alta y media evidencia que examinaron esta medida, tres demostraron que las técnicas psicoterapéuticas fueron efectivas al año de seguimiento^{61,64,74}. En el ECA publicado por *Alavi*⁵⁹, no fue posible proporcionar este dato, dado que su periodo de seguimiento fue inferior a un año. Sin embargo, en el ensayo clínico de *Lahoz*⁶¹, los datos mostraron que el efecto preventivo de esta medida sobre el intento de suicidio, ya no era sostenible a los 3-4 años desde el inicio de la intervención. Esta conclusión no fue extrapolable para el resto de estudios, pues sus periodos de seguimiento fueron de menor duración (entre 3 y 12 meses)^{59,64,74}.

Teniendo en cuenta los resultados de estos trabajos, resulta evidente que el seguimiento de los estudios sobre futuras estrategias de prevención sea de al menos 12 meses.

Aunque los dos ECA que evaluaron las técnicas psicoterapéuticas proporcionaron un nivel alto de evidencia^{59,61}, entre sus limitaciones encontramos que el tamaño de sus muestras no fue lo suficientemente grande, pudiendo no detectar diferencias significativas existentes entre los grupos de interés. Además, en el ensayo clínico de *Alavi*⁵⁹, la efectividad se demostró en base a las puntuaciones obtenidas en las escalas de evaluación empleadas, mientras que en los otros estudios se proporcionaron los resultados en forma de tasas, proporciones y/o razones^{61,64,74}. Por lo tanto, otra limitación que encontramos fue la heterogeneidad en las medidas de resultado.

Es importante señalar, que en el ensayo clínico de *Lahoz*⁶¹, se evaluaron de forma combinada varias medidas de prevención además de la psicoterapia. Este hecho debe ser tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

En los estudios de *Farré*⁶⁴ y *Reijas*⁷⁴, de evidencia media, también encontramos limitaciones. Por un lado, en el estudio cuasi-experimental de *Farré*, el muestreo fue naturalista, sin asignación aleatoria de pacientes y en el estudio observacional de *Reijas*, al ser retrospectivo para el grupo de control y prospectivo para el de intervención, pudo haber sesgos y diferencias en la recogida de información entre ambos grupos. No obstante, estos estudios tienen como ventaja que se realizaron en nuestro país.

Intervenciones telefónicas

Esta categoría de intervención fue eficaz tanto en población general como en adolescentes, en tres de los estudios revisados^{63,67,75}. Mantener el contacto con los pacientes dados de alta de servicios de urgencias por un intento de suicidio mediante llamadas telefónicas, visitas domiciliarias o envío de cartas, redujo de forma significativa la reincidencia de conducta suicida y aumentó el tiempo transcurrido hasta un segundo episodio.

De estos estudios, el publicado por *Cebrià*⁷⁵, evaluó de forma combinada varias medidas de prevención además del seguimiento telefónico (entrevista en

hospital de día, evaluación por psicólogo clínico e intervención psicoterapéutica familiar), lo que puede dar lugar a interpretaciones variables en los resultados. Sin embargo, la ventaja de este estudio es que se realizó en nuestro medio.

Por otro lado, el ECA llevado a cabo por *Mouaffack*⁵⁶ en Francia, que proporcionó un nivel alto de evidencia, mostró que el programa OSTA de seguimiento telefónico, no redujo de forma significativa la reincidencia de suicidio entre el grupo de intervención frente al grupo de control y no aumentó la adherencia a los servicios de salud mental. De acuerdo con este dato, pensamos que el contacto con el paciente podría no apuntar directamente a la adherencia al tratamiento como un proceso de eficacia, sino más bien a la relación humana y afectuosa como factor protector. No obstante, se debe tener en cuenta que en este estudio, los pacientes procedían de un servicio de urgencias psiquiátricas (pacientes agudos).

Los estudios cuyas muestras no fueron aleatorizadas, pudieron no detectar diferencias importantes en las características basales entre los grupos que se compararon^{63,67,75}.

Intervenciones familiares

Las intervenciones familiares en adolescentes suicidas, mostraron un efecto prometedor como factor protector de la conducta suicida. Ejemplo de ello son los tres ensayos clínicos incluidos en nuestra revisión y que proporcionaron un alto nivel de evidencia^{58,60,62}. Los estudios llevados a cabo por *Hooven*⁵⁸ y *Pineda*⁶⁰, encontraron que la intervención de la familia se asoció a una mayor reducción en la conducta suicida de los adolescentes y en los factores de riesgo de suicidio. En el estudio de *Vidot*⁶², aunque no se demostraron diferencias significativas en la reducción del comportamiento suicida entre el grupo de intervención y de control, el programa “Familias Unidas” tuvo un impacto significativo en los intentos de suicidio de aquellos adolescentes con bajos niveles de comunicación con los padres. Por tanto, pensamos que el promover este tipo de programas podría mejorar el funcionamiento familiar, y de esta manera, disminuir la conducta suicida en adolescentes.

A pesar de proporcionar una alta calidad de evidencia, los tres estudios coinciden en que sus periodos de seguimiento pudieron no haber sido lo suficientemente largos como para detectar efectos significativos.

Restricción del acceso a medios de suicidio e instalación de barreras físicas

Este tipo de intervenciones comunitarias de prevención del suicidio llevadas a cabo en el total de la población de una región, se asociaron con una disminución en las tasas de suicidio en las investigaciones revisadas y además, no fueron sustituidas significativamente por otros métodos. Tres de los estudios que revisamos, todos con una calidad de evidencia media, coinciden en sus limitaciones. Al tratarse de estudios cuasi-experimentales con un grupo de control, se esperó que podían existir diferencias en muchos aspectos entre los grupos de interés, además de en si recibieron o no la intervención.^{69,71,73}

Los resultados del estudio de *Chen*⁷¹ en el que se evalúa la efectividad de la restricción del acceso al carbón en la reducción del suicidio, es poco generalizable a nuestro medio, ya que no es un método común de suicidio en nuestro país.

El estudio llevado a cabo por *Perron*⁷², cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la instalación de una barrera de prevención del suicidio en el puente Jacques-Cartier, no contó con un grupo control, por lo que no se pudo asegurar si la efectividad de la medida fuera debida a la propia intervención o a otros factores no controlados.

Intervenciones basadas en la comunidad

Los programas basados en la intervención comunitaria evaluados en nuestra revisión, que incluyeron un conjunto de medidas preventivas (cooperación con médicos generales, campañas de concienciación pública, facilitadores comunitarios, grupos de autoayuda, capacitación de profesionales involucrados, concienciación y sensibilización sobre la salud mental, detección del riesgo suicida, asociaciones comunitarias, programas de postvención y líneas directas de ayuda)^{57,65,66,68}, también mostraron ser efectivos en población general y población joven en la disminución de las tasas de suicidio. Hay que

señalar que las estrategias que incluía cada programa, fueron evaluadas en un conjunto y de forma combinada, por lo que no se supo cuál de ellas resultó ser la más eficaz en la reducción de la conducta suicida. Este hecho limita la interpretación de los resultados.

En el ensayo clínico de *Wasserman*⁵⁷, aunque se evaluara la efectividad de tres intervenciones llevadas a cabo en entorno escolar, una de ellas demostró ser la más efectiva en la reducción de la conducta suicida frente a las otras dos y el grupo control. Esta intervención consistió en un programa de concienciación sobre la salud mental dirigido a los alumnos. Este ECA tuvo como limitación el posible sesgo de información debido a la utilización de autoinformes en las intervenciones evaluadas.

Tres estudios que evaluaron esta medida eran cuasi-experimentales (dos con grupo de control y uno carente de él). Esto comprometió la validez interna del estudio cuando éste tuvo grupo control^{65,66}, y en aquella investigación sin grupo control, no se pudo asegurar que la reducción en las tasas de suicidio se debiera a la propia intervención o a otros factores no controlados⁶⁸.

Además, en esta categoría de intervención, se incluyó un estudio cuasi-experimental de media evidencia, que demostró la efectividad de las campañas de concienciación pública en la reducción del riesgo suicida en población general. Sin embargo, el mecanismo subyacente de cómo las campañas redujeron los suicidios, no estaba claro⁷⁰.

6.1.2 Planes de seguimiento de las intervenciones preventivas de la conducta suicida

Las **técnicas psicoterapéuticas** tuvieron una duración de 3 a 6 meses en los cuatro estudios que incluimos en nuestra revisión^{59,61,64,74}. En el estudio de *Reijas*⁷⁴, las consultas presenciales fueron cada 1-2 semanas y además, se realizaron llamadas telefónicas por enfermería cada 2-3 semanas y una consulta de seguimiento al año de inicio del programa. La técnica psicoterapéutica que se evaluó en el ensayo clínico de *Alav*⁵⁹ fue la de menor periodo de duración (3 meses) y, aunque resultó ser efectiva, no se

proporcionaron datos robustos sobre su efectividad (en tasas, proporciones, razones). Planteamos que los planes de seguimiento de estas intervenciones sean de al menos 3 meses para poder llegar a conclusiones más sólidas.

Las **intervenciones telefónicas** se extendieron de 2 a 12 meses^{56,63,67,75}. En todos los estudios la frecuencia con que se realizaron las llamadas fue de aproximadamente cada 1 o 2 meses y todas las intervenciones parecieron coincidir en la importancia de contactar con el paciente entre la primera y segunda semana tras la conducta suicida (periodo de mayor riesgo).

Las **intervenciones familiares** oscilaron entre 8 horas y 1 mes. De acuerdo a este dato, observamos que fue la intervención de menor duración. Las evaluaciones de seguimiento de los adolescentes se hicieron con una frecuencia de entre 3, 6 y 12 meses.

En el estudio de *Chen*⁷¹ se evaluó una intervención de prevención del suicidio basada en la **limitación del acceso a medios de suicidio**, la cual se implementó durante un periodo de 19 meses. No hubo ningún plan de seguimiento durante este periodo, se esperó a que finalizaran los 19 meses para comparar los resultados con los dos años previos a la implantación del programa, y con las dos ciudades donde no se implementó ninguna medida de restricción. En cuanto a las investigaciones que estudiaron **la instalación de barreras físicas de prevención del suicidio**^{69,72,73}, los periodos de evaluación de su eficacia, se establecieron a un medio plazo entre 5 y 13 años, teniendo en cuenta que la utilización de este método concreto de suicidio implica la necesidad de un mayor tiempo de evaluación para obtener resultados estadísticamente significativos.

En relación a las **intervenciones basadas en la comunidad**, tuvieron duraciones muy heterogéneas oscilando de 4 semanas⁵⁷ a 4 años⁶⁶. Estas diferencias parecieron estar asociadas al tipo y número de medidas que se incluyeron en cada programa^{57,65,66,68}.

Los planes de seguimiento que se llevaron a cabo también fueron variados. Mientras que en algunos estudios, se esperó a que finalizara la intervención para posteriormente comparar los resultados con los años previos

a ésta o con los resultados del grupo control^{57,65,66,68}, en el estudio de Matsubayashi⁷⁰ se realizaron evaluaciones mensuales sobre la efectividad de las campañas de concienciación pública en población general.

6.1.3 Ámbitos de aplicación de los programas y estrategias de prevención de la conducta suicida

Los ámbitos de aplicación de las diferentes metodologías revisadas en los estudios, variaron en función de las características de la población a la que iban dirigidas y del tipo de medida evaluada. En nuestros estudios, tanto las **técnicas psicoterapéuticas** como las **intervenciones telefónicas**, fueron coordinadas por el personal de servicios de psiquiatría de hospitales, de centros y unidades de salud mental y de hospital de día^{56,59,61,63,64,67,74,75}.

Las **intervenciones familiares** se llevaron a cabo en entornos educativos, servicios de psiquiatría de hospitales y/o servicios de salud mental^{58,60,62}.

Las intervenciones comunitarias como la **restricción del acceso a medios de suicidio e instalación de barreras físicas de prevención** de éste, se llevaron a cabo en aquéllos lugares de acceso al método concreto de riesgo suicida y en sitios de una región de mayor riesgo suicida^{69,71-73}.

Los **programas comunitarios** que incluyeron un conjunto de medidas preventivas, se llevaron a cabo en diferentes niveles de atención: centros de atención primaria (en el caso de la cooperación con médicos generales y actividades de detección del riesgo suicida)^{57,65,66}, servicios de salud mental (grupos de autoayuda y programas de postvención)^{65,66,68}, entornos escolares (entrenamiento del personal involucrado y actividades de concienciación de la salud mental)^{57,66}, asociaciones (en el caso de los facilitadores comunitarios)^{65,66}, lugares más concurridos de una población (campañas de concienciación pública)^{65,70}.

6.2 Limitaciones

Una de las limitaciones de nuestro estudio, ha sido la heterogeneidad de programas y estrategias preventivas de este problema y de las medidas de resultado, así como la ausencia de buenos estándares en cada una de las medidas analizadas y la variabilidad en las metodologías de los trabajos. Esto puede limitar las conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones de prevención de la conducta suicida. La falta de estudios de alta evidencia que evalúen estrategias de forma individual, también supone una limitación.

Una gran parte de los trabajos revisados han sido desarrollados en otros países, con diferencias sociodemográficas respecto al nuestro, lo que puede generar problema en la generalización de los resultados. A su vez, la escasez de estudios realizados en España, limita las conclusiones acerca de las intervenciones más efectivas en la prevención de la conducta suicida en nuestro medio.

Otra limitación sería la selección de estudios a incluir en la revisión, ya que se realizó de forma individual, por lo que en caso de indecisión sobre algún estudio, no se pudo debatir con otros revisores, lo que podría conducir a sesgos en la selección de los mismos, que se ha tratado de minimizar a través de las revisiones con los tutores.

Nuestra intención con esta revisión sistemática ha sido proporcionar tanto a los responsables de planificación y prevención de la salud, como a los profesionales involucrados en el manejo de la conducta suicida, ejemplos e información de medidas preventivas que fueran útiles para su reflexión y formación, con el fin de desarrollar una estrategia óptima de prevención del comportamiento suicida e implementarla en nuestro entorno.

6.3 Líneas futuras de investigación

1. Diseñar estudios con muestras homogéneas y variables bien definidas relacionadas con la conducta suicida, además de la patología de base.
2. Realizar estudios que evalúen periódicamente aquellas estrategias que han demostrado ser efectivas.
3. Diseñar estudios que describan adecuadamente las metodologías de las estrategias incluidas en los programas comunitarios de prevención del suicidio.
4. Aumentar los periodos de seguimiento de las intervenciones a estudio para obtener resultados más contundentes.
5. Realizar investigaciones que analicen individualmente la efectividad de las estrategias incluidas en cada intervención.
6. Diseñar estudios sobre las estrategias y programas de prevención realizados a nivel nacional, que permitan establecer las líneas de actuación para disminuir las tasas de suicidio en nuestro medio.

7. CONCLUSIONES

1. A nivel mundial, existe una preocupación generalizada por las altas tasas de suicidio, abundante literatura que así lo confirma, y proyectos ambiciosos en relación a la necesidad de establecer estrategias preventivas de la conducta suicida. Sin embargo, los estudios de implantación de las mismas y su efectividad, son escasos y están realizados con metodología muy heterogénea.
2. Las principales recomendaciones que recogemos en los trabajos publicados, están dirigidas a las personas que han cometido un intento de suicidio, demostrándose su efectividad en este grupo poblacional, donde sería preceptivo el establecimiento de las mismas de forma generalizada.
3. Respecto a las técnicas individuales que han demostrado mayor efectividad en los estudios analizados en la presente revisión, y resultaron ser prometedoras en la prevención de la conducta suicida en población general y adolescente son:
 - a. Las técnicas psicoterapéuticas de corte cognitivo-conductual, con planes de seguimiento uniformes y bien establecidos
 - b. Las intervenciones telefónicas, generalmente en varios momentos del seguimiento.
 - c. Las intervenciones familiares, especialmente en los adolescentes.
4. Las intervenciones comunitarias parecen ser efectivas en la reducción de la conducta suicida, aunque es difícil establecer conclusiones respecto a las técnicas concretas que son efectivas, ya que son programas que combinan varias estrategias e intervenciones multifacéticas.

5. Respecto a las estrategias que han demostrado mayor efectividad en los estudios, encontramos:
 - a. La limitación del acceso a medios de suicidio y la instalación de barreras físicas de prevención de éste, ha demostrado su eficacia de forma muy uniforme a lo largo de la revisión.
 - b. Esta limitación no parece asociarse al cambio de localización del intento, por lo que la localización de lugares de realización de suicidio en un área determinada, debe ser un objetivo prioritario para su modificación.
6. En la implantación de planes preventivos, se recomienda tener en cuenta dos aspectos: el tiempo suficientemente prolongado en la implantación de los mismos, y la previsión de realizar recordatorios de los mismos, por la tendencia a extinguirse su efecto.
7. De la revisión realizada se desprende la necesidad de realizar más estudios de intervención con metodología homogénea, que facilite la selección de programas a implantar conducentes a reducir este grave problema de salud pública.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuso J.L, Baca E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V. et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012; 5(1): 8-23.
2. Herrera R, Ures M.B, Martínez J.J. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto papageno?. Rev Asoc.Esp.Neuropsiq. [Internet]. 2015 Ene [citado 2017 Ene 10] ; 35 (125):123-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100009&lng=es.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 22 feb 2017]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.
4. Mesones J.E. El suicidio a lo largo de la historia y las culturas. En: Anseán Ramos A, director. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014: 27-33.
5. Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A. Urgencias psiquiátricas. En: Sinopsis de Psiquiatría. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana.1996.
6. Pascual P, Villena A, Morena S, Téllez J.M, López C. El paciente suicida. Guías Clínicas. 2005; 5(38).
7. Muñoz S, García P, García de Fernando S, Portabales L, Moreno L, Ceverino A et al. Conducta suicida y crisis económica. Norte de Salud Mental. 2014; 12 (48): 36-43.

8. Suelves J.M, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. Rev Esp Med Legal. 2012; 38 (4): 137-142.
9. Sáiz P.A., Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2014; 7(1): 1-4.
10. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según Causa de Muerte año 2015. [online];2017 [citado 1 mar 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf.
11. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2014. Suicidios. Resultados por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y medio empleado. [online];2015 [citado 15 feb 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
12. Giner L, Guija J.A. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/>.
13. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según Causa de Muerte año 2013. [online];2015 [citado 16 feb 2017]. Disponible en: www.ine.es/prensa/np896.pdf.
14. Guija J.A, Giner L, Marín R, Blanco M, Parejo-Merino J. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. Rev Esp Med Legal. 2012; 38(4): 161-171.
15. Bobes J, Giner J, Daiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
16. Chesin M, Stanley B. Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas. RET, Revista de Toxicomanías. 2015. Núm 74.

17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t);2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas: Un informe del departamento de salud mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Centro de Investigaciones de Prevención de Nijmegen y Maastricht. Ginebra:WHO;2004. Consultado 16 feb, 2017. Disponible en: http://www.who.int/mental_health_evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.
19. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS; 2010. Consultado 16 feb, 2017. Disponible en: <http://www.medbox.org/clinical-guidelines/guia-de-intervencion-mhgap-paralos-trastornos-mentales-neurologicos-y-por-uso-de-sustancias-en-el-nivel-deatencion-de-la-salud-no-especializada/preview?q>.
20. Rangel P.X, Suárez M.F., Escobar F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Rev. Fac. Med. 2015; 63(4): 707-16.
21. Patterson W.M, Dohn H.H, Bird J, Patterson G.A. Evaluation of suicidal patients:the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983;24:343-5.
22. Horowitz L.M, Wang P.S, Koocher G.P, Burr B.H, Smith M.F, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics.2001; 107(5): 1133-7.
23. Beck A.T, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation.,J Consult Clin Psychol. 1979; 47: 343-52.

24. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G et al. Columbia-Suicide Severity Rating Scale, New York, Columbia University; 2007.
25. Beck A.T, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. En: Beck A.T, Resnick HLP, Lettieri D.J (eds) The prediction of suicide. Bowie, Charles Press; 1974, pp. 45-56.
26. Werlang B. A semistructured interview for psychological autopsy:an inter-rater reliability study. Suicide Life-Threat Behav Res Ther. 2003; 33:326-30.
27. Beck A.T, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale, J Consult Clin Psychol. 1974; 42: 861-5.
28. Plutchik R, van Praag H.M, Conte H.R, Picard S. Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. Compr Psychiatry. 1989; 30:296-302.
29. Linehan M.M, Godstein J.L, Nielsen S.L, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. J consult Clin Psychol. 1983; 51: 276-86.
30. Montgomery S.A, Asberg M.A. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psichiatry. 1979; 134: 382-9.
31. Organización Mundial de la Salud. Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE) Ginebra: OMS; 2000.
32. Organización Mundial de la Salud. Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas. SUPRE-MISS. Ginebra: OMS; 2002.
33. Bertolote J.M, Fleischmann A, De Leo D, Phillips M.R, Botega N.J, Vijayakumar L, De Silva D, Schlebusch L, Van Tuong N, Sisask M, Bolhari J, Wasserman D. Repetition of suicide attempts: data from five culturally different low and middle-income country emergency care settings participating in the WHO SUPRE-MISS study. Crisis. 2010; 31(4): 194-201.

34. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: WHO; 2012.
35. Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau J.H, Van Der Feltz-Cornelis C et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008; 9(1): 51-8.
36. Dumon E, Portzky G. General Guidelines on suicide prevention. Euregeneas Work Package 6. Disponible en www.euregeneas.eu.
37. Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne J.C, McDaid D et al. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 2009;9:428.
38. Unión Europea. Programa de Salud-Consumidores, Sanidad y Agencia Ejecutiva de Alimentos. Proyecto PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU). UE; 2011.
39. Monitoring Suicidal Behaviour in Europe Project. Final Report. On the Implementation of the Action. MONSUE;2010.
40. Comisión Europea. Proyecto SEYLE UE-09-223091 (Saving and Empowering Young Lives in Europe). UE; 2009-2011.
41. Unión Europea. Dirección General de Salud y Consumidores. Proyecto SUPREME (Suicide Prevention by Internet and Media Based Mental Health Promotion) 2010-2013.

42. Tejedor M.C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreita de l' Eixample de Barcelona. Actas Esp Psiquiatr. 2011; 39(5): 280-7.
43. Palao D.J. Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitàri i Universitari Parc Taulí de Sabadell). En: Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
44. Reijas T, Ferrer R, González A, Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. Actas Esp Psiquiatr 2013; 41(5): 279-86.
45. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Castilla y León. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
46. Anseán A. Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud. En: Anseán Ramos A, director. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014: 27-33.
47. de Beurs D.P., de Groot M.H, Bosmans J.E, de Keijser J, Mokkenstorm J, Verwey B, et al. Reducing patients' suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. Trials 2013 Nov 06;14:372.

48. Simon G.E, Beck A, Rossom R, Richards J, Kirlin B, King D, et al. Population-based outreach versus care as usual to prevent suicide attempt: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016 Sep 15;17(1):452.
49. Morales S, Echávarri O, Barros J, Zuloaga F, Taylor T. Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2016; 25(3): 245-258.
50. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero M.A., López-Ibor J.J., et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010 ; 3: 13-8.
51. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid. Disponible en: www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf.
52. World Health Organization. (WHO): Preventing suicide. A global imperative. Luxembourg: 2014.
53. Richardson W.S, Wilson M.C, Nishikawa J, Hayward R.S. A well-built clinical question: a key to evidence-based decisions [Editorial]. *ACP J Club* 1995; 123 (3): A12-3.
54. López de Argumedo M, Reviriego E, Andrío E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado de Saracho I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2006/02.
55. Primo J. Niveles de Evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*. 2003; 2(2): 39-42.

56. Mouaffak F, Marchand A, Castaigne E, Arnoux A, Hardy P. OSTA program: A French follow up intervention program for suicide prevention. *Psychiatry Res* 2015 Dec 30;230(3):913-918.
57. Wasserman D, Hoven C.W, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hazlaczkly G et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015; published online Jan 9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7).
58. Hooven C, Walsh E, Pike K.C, Herting JR. Promoting CARE: including parents in youth suicide prevention. *Fam Community Health* 2012;35(3):225-235.
59. Alavi A, Sharifi B, Ghanizadeh A, Dehbozorgi G. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iranian journal of pediatrics* 2013 08;23(4):467-472.
60. Pineda J, Dadds M.R. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013. 52:851–862.
61. Lahoz T, Hvid M, Wang A.G. Preventing repetition of attempted suicide—III. The Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial, *Nordic Journal of Psychiatry*. 2016. 70 (7): 547-553.
62. Vidot D.C, Huang S, Poma S, Estrada Y, Lee T.K, Prado G. Familias Unidas' Crossover Effects on Suicidal Behaviors among Hispanic Adolescents: Results from an Effectiveness Trial. *Suicide and life-threatening behavior*. 2016. 46(S1).
63. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet J et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry*. 2017;17:96.

64. Farré A, Portella M.J, De Angel L, Díaz A, de Diego-Adeliño J, Vegué J, et al. Benefits of a Secondary Prevention Program in Suicide. *Crisis* 2016 07;37(4):281-289.
65. Székely A, Konkoly B, Mergl R, Birkás E, Rózsa S, Purebl G, et al. How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PloS one*. 2013;8(9):1.
66. Godoy L, Walrath C, Goldston D.B, Reid H, McKeon R. Effect of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program on Suicide Attempts Among Youths. *JAMA psychiatry*. 2015 11;72(11):1143-1149.
67. Chen W, Chen C, Ho C, Lee M, Lin G, Chou FH. Community-based case management for the prevention of suicide reattempts in Kaohsiung, Taiwan. *Community Ment Health*. 2012 12;48(6):786-791.
68. Pan Y, Chang W, Lee M, Chen C, Liao S, Caine E.D. Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychol Med* 2013. 07;43(7):1447-1454.
69. Ueda M, Sawada Y, Matsubayashi T. The effectiveness of installing physical barriers for preventing railway suicides and accidents: evidence from Japan. *J Affect Disord*. (2015).178:1–4.
70. Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord*. 2014;152-154:526-9.
71. Chen Y.Y, Chen F, Chang SS, Wong J, Yip PS. Assessing the efficacy of restricting access to barbeque charcoal for suicide prevention in Taiwan: A community-based intervention trial. *Plos One*. 2015;10(8):e0133809.
72. Perron S, Burrows S, Fournier M, Perron PA, Quellet F. Installation of a bridge barrier as a suicide prevention strategy in Montréal, Québec, Canada. *Am J Public Health*. 2013; 103:1235–9.

73. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Does the installation of blue Lights on train platforms shift suicide to another station?: Evidence from Japan. *J Affect Disord.* 2014; 169: 57-60.
74. Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluation of an intensive intervention program in suicidal behaviour. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(5):279-286.
75. Cebrià A.I, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord.* 2013. 05;147(1-3):269-276.